

Латентная дисфория в структуре эмоциональных расстройств у пациенток с функциональным запором

Морозова М.А.

*Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ),
г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7847-2716>, e-mail: margmorozova@gmail.com*

Рупчев Г.Е.

*Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ),
г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1948-6090>, e-mail: rupchevgeorg@mail.ru*

Алексеев А.А.

*Научный центр психического здоровья (ФГБНУ НЦПЗ),
г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3690-8662>, e-mail: alekseev.a.a@list.ru*

Ульянин А.И.

*Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
(ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России),
г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5506-5555>, e-mail: dr.ulianin@gmail.com*

Полуэктова Е.А.

*Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
(ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России),
г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1312-120X>, e-mail: polouektova@rambler.ru*

Ивашкин В.Т.

*Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
(ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России),
г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6815-6015>, e-mail: polouektova@rambler.ru*

Психоэмоциональные нарушения — важный компонент функциональной патологии желудочно-кишечного тракта. В статье проверялась гипотеза о том, что не только тревога и депрессия, но и латентная дисфория являются важной характеристикой эмоций у пациенток с функциональным запором. Выборку исследования составили 60 женщин от 18 до 62 лет ($34,72 \pm 11,43$) с диагнозом «функциональный запор» согласно IV Римским критериям (продолжительность заболевания — $12,84 \pm 11,34$ лет). Для

оценки эмоциональных нарушений и качества жизни применялись: Опросник тревоги Спилбергера, Шкала депрессии Гамильтона, Опросник дистресса, депрессии, тревоги и соматизации, Опросник SF-36, Чек-лист «Латентная дисфория». Оценка тяжести соматических симптомов проводилась принятыми в практике гастроэнтерологов методами. У 73% пациенток отмечена повышенная тревожность, у 50% — выявлены признаки депрессии. 48% пациенток имели симптомы латентной дисфории. Пациентки были поделены на подгруппы по признаку наличия/отсутствия латентной дисфории. Показатели эмоциональных нарушений (тревога, дистресс, депрессия, соматизация) были значимо выше ($p < 0,05$), а показатели качества жизни — наоборот, ниже ($p < 0,05$) в подгруппе пациенток с латентной дисфорией ($p < 0,05$). При этом различий в тяжести соматических симптомов не наблюдалось. Полученные данные подтверждают гипотезу о том, что эмоциональные нарушения у женщин, страдающих функциональным запором, включают личностную дисфорию, которая негативно сказывается на социальном функционировании. Основные ограничения проведенного исследования связаны с небольшим объемом выборки, отсутствием группы сравнения и неприменимостью полученных выводов для мужской популяции. Изучение распространенности и специфики личностной дисфории при других патологических состояниях может стать перспективой дальнейших исследований.

Ключевые слова: эмоциональные нарушения, латентная дисфория, тревога, депрессия, функциональный запор, психодиагностика, качество жизни.

Для цитаты: Морозова М.А., Рупчев Г.Е., Алексеев А.А., Ульянин А.И., Полуэктова Е.А., Ивашкин В.Т. Латентная дисфория в структуре эмоциональных расстройств у пациенток с функциональным запором [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2021. Том 10. № 4. С. 68–92. DOI: 10.17759/cpse.2021100404

Latent Dysphoria in the Structure of Emotional Disorders in Patients with Functional Constipation

Margarita A. Morozova

Mental Health Research Center, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7847-2716>, e-mail: margmorozova@gmail.com

George E. Rupchev

Mental Health Research Center, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1948-6090>, e-mail: rupchevgeorg@mail.ru

Andrey A. Alekseev

Mental Health Research Center, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3690-8662>, e-mail: alekseev.a.a@list.ru

Anatoly I. Ulyanin

*I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5506-5555>, e-mail: dr.ulianin@gmail.com*

Elena A. Poluektova

*I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1312-120X>, e-mail: polouektova@rambler.ru*

Vladimir T. Ivashkin

*I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6815-6015>, e-mail: polouektova@rambler.ru*

Psychoemotional disturbances are an important component of the functional gastrointestinal disorders. It was suggested that Latent Dysphoria along with anxiety and depression are important features of negative emotions in patients with functional constipation (FC) and it has a major impact on social functioning. 60 women with FC according to the IV Rome criteria, aged from 18 to 62 (34.72 ± 11.43 years) and duration of the disease – 12.84 ± 11.34 years were included into the study. The assessment of emotional disorders and quality of life was performed by State-Trait Anxiety Inventory, Hamilton Depression Scale, the four-dimensional questionnaire (4DSQ), SF-36 Questionnaire, new Latent Dysphoria Checklist. The assessment of the severity of somatic symptoms was carried out using methods accepted in the practice of gastroenterologists. Results: 73% of patients showed increased anxiety, 50% – signs of depression. Latent dysphoria by Latent Dysphoria Checklist was found in 48% of patients. The patients were divided into two subgroups according to the presence / absence of the latent dysphoria. There was no difference in severity of somatic symptoms between subgroups. As for emotional disturbances the difference was found. Indicators of emotional disturbances (anxiety, distress, depression, somatization) were significantly higher in the subgroup of patients with latent dysphoria ($p < 0.05$) and the quality of life indicators – significantly lower ($p < 0.05$). Thus, our findings support the hypothesis that emotional disturbances in women with FC include latent dysphoria together with anxiety and depression. This complex but not severity of somatic symptoms negatively affects social functioning. The main limitations of the study are as follows: the small sample size, the absence of a comparison group, and the inapplicability of the findings for the male population. The study of the prevalence and specificity of latent dysphoria in other pathological conditions will be the subjects of the further research.

Keywords: emotional disturbances, latent dysphoria, anxiety, depression, functional constipation, psychometrics, quality of life.

For citation: Morozova M.A., Rupchev G.E., Alekseev A.A., Ulyanin A.I., Poluektova E.A., Ivashkin V.T. Latent Dysphoria in the Structure of Emotional Disorders in Patients with Functional Constipation. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2021. Vol. 10, no. 4, pp. 68–92. DOI: 10.17759/cpse.2021100404 (In Russ.)

Введение

Эмоциональная лабильность, а тем более психоэмоциональные нарушения в настоящее время рассматриваются как характерные черты пациентов с функциональными расстройствами желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Эти нарушения являются одной из важных причин ухудшения качества и сокращения длительности ремиссии, а также ухудшения течения соматического заболевания, в том числе и вследствие некомплаентности пациентов [9; 12; 15]. Наиболее часто эмоциональное неблагополучие описывается в категориях тревоги и/или депрессии [3; 17; 22; 24; 29; 31].

Значительно реже внимание исследователей уделяется иным типам эмоциональных расстройств и прежде всего тем, ключевое содержание которых составляют переживания раздражения и недовольства — эмоциональные состояния дисфорического спектра. Так, в некоторых исследованиях были отмечены нарушения в виде гнева и повышенной враждебности [5; 10; 13; 27]. И хотя само наличие подобных данных подчеркивает особый, более сложный и несводимый исключительно к депрессии и тревоге характер эмоционального неблагополучия, вопрос о его роли у таких пациентов остается недостаточно исследованным. Еще труднее распознать как симптом особое эмоциональное состояние, которое характеризуется постоянно присутствующим, но сдерживаемым недовольством, неопределенным раздражением, немотивированным напряжением. Мы предполагаем, что здесь речь идет о самостоятельном эмоциональном расстройстве — скрытой, или латентной дисфории (ЛД) [4].

ЛД проявляет себя хроническим чувством неудовлетворенности, склонностью к раздражению как первой и наиболее частой реакции на стрессовые события и склонностью подавлять эти чувства [4]. Именно стремление к подавлению эмоций отличает ЛД от других форм, таких как «открытая» дисфория, наблюдаемая в случаях травм и иных органических поражений головного мозга, химической зависимости или эпилепсии. Если «открытая» дисфория очевидна для окружающих (например, аффективные вспышки с деструктивными действиями, которые включают словесное или физическое насилие) [7; 11; 28], то ЛД проявляется в поведении паравербально и косвенно, например, в форме пассивной агрессии.

Как вариант негативной хронифицированной эмоции ЛД может увеличивать вероятность развития дистресса, что вторично запускает процесс соматизации. Этот механизм лежит в основе развития и поддержания функциональных нарушений [2; 14; 19; 32] и может неблагоприятно влиять на течение заболевания и качество жизни больных.

Будучи новым понятием в описании эмоциональных нарушений, ЛД до настоящего времени не становилась самостоятельным объектом исследования. Для первичной оценки узнаваемости и встречаемости этого феномена в рутинной клинической практике в 2017 году методом социально-психологического исследования был проведен письменный опрос 394 врачей первичного звена медицинской сети в 12 регионах Российской Федерации. Врачам были представлены определение ЛД и три ее основных критерия — недовольство как эмоциональный

фон, раздражительность как привычная реакция на обстоятельства и подавление внешнего проявления гнева, — а также был задан вопрос о том, приходилось ли респондентам сталкиваться с такими пациентами в их практике. 81,5% респондентов заявили, что они сталкивались с ЛД у пациентов с функциональными расстройствами, что подтвердило обоснованность выделения феномена как особой формы эмоциональных нарушений [4].

Целью нашего исследования стали проверка гипотезы о том, что ЛД является самостоятельным аспектом эмоциональных расстройств при функциональных нарушениях ЖКТ (на модели функционального запора — ФЗ), а также оценка влияния ЛД на качество жизни пациентов.

Программа исследования

Выборка. В исследовании приняли участие взрослые женщины не старше 65 лет, самостоятельно обратившиеся по поводу симптомов ФЗ в Клинику пропедевтики внутренних болезней им. В.Х. Василенко (Сеченовский Университет, Россия). Включение в исследование только женщин было обусловлено эпидемиологическими данными о значительно большей распространенности ФЗ среди женщин [25]. Таким образом, введенное ограничение по полу позволяло придать исследуемой группе пациентов бóльшую однородность. Органические причины симптомов запора были исключены путем детальной оценки истории болезни, обследования, лабораторных (анализы крови, мочи и кала) и инструментальных (колоноскопии с биопсией) исследований.

Верификация диагноза ФЗ проводилась квалифицированным гастроэнтерологом. В исследование не включались пациентки, имеющие иные хронические соматические заболевания в стадии декомпенсации, а также имеющие диагноз каких-либо психоневрологических расстройств. Участницы исследования не имели на момент исследования в индивидуальном анамнезе опыта обращения за психиатрической помощью.

В итоговую выборку вошло 60 женщин в возрасте от 18 до 62 лет ($34,72 \pm 11,43$ года), страдающих ФЗ (в соответствии с IV Римскими диагностическими критериями). Средняя продолжительность ФЗ составляла $12,84 \pm 11,34$ лет.

Этическое соглашение. Данное исследование было проведено в соответствии с рекомендациями ICH E6, Revision 2. Исследование было одобрено Локальным этическим комитетом ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» 19.11.2019, протокол № 592.

Методы исследования. Исследование включало оценку соматических симптомов ФЗ, эмоционального состояния и качества жизни. Оценка соматических симптомов проводилась квалифицированными гастроэнтерологами. Психологическое обследование проводилось клиническими психологами после соматического обследования и занимало в среднем 60 минут.

Оценка соматических симптомов ФЗ. В рамках исследования оценивались следующие соматические симптомы ФЗ: частота стула (количество дефекаций

в неделю), форма стула (по Бристольской шкале стула, BSC), интенсивность вздутия (по визуальной аналоговой шкале (ВАШ)), ощущение неполного опорожнения, натуживание, затруднение эвакуации [20].

Оценка эмоциональных нарушений и качества жизни. Тревога оценивалась с помощью опросника ситуационной и личностной тревожности Спилбергера (STAI) [8; 26], депрессия оценивалась по шкале оценки депрессии Гамильтона (HAM-D) [6; 16], а соматизация, депрессия, тревога и дистресс были измерены с помощью Четырехмерного опросника симптомов (4DSQ) [30]. Наличие ЛД оценивалось с помощью специально разработанного чек-листа. Для оценки качества жизни использовался опросник SF-36 [33].

HAM-D — один из наиболее часто используемых и надежных психодиагностических инструментов для оценки наличия и тяжести симптомов депрессии. Оценка проводится на основании полуструктурированного интервью. В исследовании использовалась стандартная версия HAM-D из 17 пунктов. Оценка ниже 8 интерпретировалась как отсутствие признаков депрессии.

Опросник ситуационной и личностной тревожности Спилбергера (STAI) — самоопросник, состоящий из двух частей, каждая из которых содержит по 20 пунктов. Выраженный уровень тревожности (высокая тревожность) констатируется при общем балле 45 и более (для каждой из частей).

4DSQ — самоопросник из 50 пунктов. Методика дает оценку степени выраженности четырех типов эмоциональных расстройств: дистресс (16 вопросов), депрессия (6 вопросов), тревога (12 вопросов) и соматизация (16 вопросов). Итоговыми показателями служат суммы баллов по четырем субшкалам, отражающим четыре типа оцениваемых эмоциональных нарушений. Оценка дистресса является диагностически значимой при 10 и более баллах; депрессия — 2 баллах и более; тревожность — 8 баллах и более; соматизация — 10 баллах и выше.

SF-36 широко используется в исследованиях для оценки качества жизни пациентов с различными заболеваниями и доказал свою эффективность. SF-36 — самоопросник, состоящий из 11 пунктов, который обеспечивает оценку качества жизни пациентов по 8 суб-шкалам: физическое функционирование (PF); ограничения ролей, вызванные проблемами с физическим здоровьем (RP); телесная боль (BP); общая восприятость здоровья (GH); жизнеспособность (VT); социальное функционирование (SF); ограничения ролей, вызванные эмоциональными проблемами (RE) и психическое здоровье (MH). Каждая шкала оценивается от 0 до 100 баллов, причем более высокие баллы указывают на лучшее качество жизни. Существует русскоязычная версия анкеты с подтвержденной достоверностью и нормативными данными для населения России [1].

ЛД оценивалась с помощью специально разработанного чек-листа «Латентная Дисфория» [4]. Разработка чек-листа включала несколько этапов. На первом этапе был составлен список из 22 возможных клинических признаков ЛД. Список был предложен для оценки 19 экспертам, (психиатры, клинические психологи, гастроэнтерологи и неврологи). В рамках проведенного экспертного опроса каждому

из экспертов после ознакомления с описанием феномена ЛД предлагалось оценить, какие из приведенного списка признаков наиболее характерны для пациентов с ЛД, встречавшихся в его (ее) клинической практике. По результатам экспертной оценки в окончательный вариант чек-листа были включены 12 пунктов: соматизация как реакция на стресс; страх собственных эмоциональных реакций; отрицание негативных эмоций; избегание здоровой конкуренции; обидчивость; уязвимость к критике; тягостная зависимость от отношений; чувство недооцененности; драматизация и пафос в изложении жалоб; частичная социальная незрелость; подавленная раздражительность и противоречивое отношение к лечению и диагностическим процедурам.

На следующем этапе для каждого из отобранных 12 признаков была разработана процедура определения его наличия (включавшая вопросы для интервью и рекомендации для наблюдений) и составлен итоговый вариант чек-листа «Латентная Дисфория» (см. Приложение 1). Процедура его проведения представляет собой полуструктурированное интервью, в рамках которого экспертом (врачом или клиническом психологом) оценивается наличие/отсутствие каждого из 12 отобранных признаков ЛД. При наличии признака присваивается оценка в 1 балл, при отсутствии — 0 баллов. Основным показателем является итоговый балл по всему чек-листу, представляющий собой сумму баллов по всем пунктам.

Заключительным этапом разработки стала проверка применимости и психометрических свойств чек-листа, проведенная уже в рамках настоящего исследования.

Статистический анализ. Для статистической обработки данных использовался пакет статистических программ Statistica v. 10.0. Для анализа различий применялся непараметрический U-критерия Манна-Уитни. Для оценки корреляционных связей использовался непараметрический критерий Спирмена. Результаты оценивались как достоверные на уровне $p < 0,05$. Для определения факторной структуры чек-листа «Латентная Дисфория» применялся метод эксплораторного факторного анализа (вращение Varimax).

Результаты

В начале исследования была проведена оценка надежности выбранных психометрических методик для данной популяции больных. Показатель α Кронбаха по опроснику HAM-D составил для 0,78; показатели по субшкалам STAI — 0,86 для Ситуационной тревожности и 0,85 для Личностной тревожности. Оценки надежности шкал опросника 4DSQ находились в диапазоне от 0,80 до 0,93. α Кронбаха для большинства шкал опросника SF-36 также превысил уровень достаточного (0,70). Оценки ниже достаточного уровня были получены только для двух шкал опросника SF-36: Ролевое эмоциональное функционирование ($\alpha=0,57$) и Социальное функционирование ($\alpha=0,56$). Вероятной причиной низкой согласованности по этим двум шкалам может быть малое количество входящих в них пунктов (2 и 3 соответственно).

Была проведена первичная оценка психометрических свойств чек-листа. В рамках исследования не было зафиксировано случаев отказов от его выполнения со

стороны пациенток. Также не было отмечено случаев затруднений в понимании пациентками вопросов чек-листа. Общая продолжительность заполнения чек-листа составляла в среднем около 10 минут, что свидетельствовало о его хорошей переносимости. Чек-лист показал близкую к достаточной внутреннюю надежность (α Кронбаха=0,65). Внутришкальные корреляции варьировали от 0,15 до 0,61 (табл. 1).

Таблица 1

**Корреляции пунктов чек-листа Латентная Дисфория
с показателем общего балла по чек-листу**

Пункты чек-листа	Корреляция с общим баллом, r	Уровень значимости, p
1. Соматизация как реакция на стресс	0,256	0,048
2. Страх собственных эмоциональных реакций	0,491	>0,001
3. Отрицание негативных эмоций	0,163	0,213
4. Избегание здоровой конкуренции	0,294	0,022
5. Обидчивость	0,585	>0,001
6. Уязвимость к критике	0,432	0,001
7. Тягостная зависимость от отношений	0,506	>0,001
8. Чувство недооцененности	0,521	>0,001
9. Драматизация и пафос предъявляемых жалоб	0,452	>0,001
10. Частичная социальная незрелость	0,444	>0,001
11. Подавляемое раздражение	0,613	>0,001
12. Противоречивое отношение к лечению и диагностическим процедурам	0,507	>0,001

Для определения структуры чек-листа был применен метод эксплораторного факторного анализа. Возможными оказались двух-, трех- и четырехфакторная модели, из которых была выбрана четырехфакторная как описывающая наибольший объем дисперсии (57,7%). Полученная факторная модель представлена в таблице 2.

В первый фактор вошли пункты «Драматизация и пафос предъявляемых жалоб», «Подавляемое раздражение», «Частичная социальная незрелость» и «Противоречивое отношение к лечению и диагностическим процедурам». Этот фактор может интерпретироваться как недостаток психологической зрелости.

Второй фактор отражает нарциссическую уязвимость, в него вошли оценки по пунктам «Чувство недооцененности» и «Обидчивость».

Наиболее высокие нагрузки в третьем факторе получили пункты «Уязвимость к критике», «Отрицание негативных эмоций» и «Соматизация как реакция на стресс», при этом знак обнаруженных связей оказался различным. По всей вероятности, это фактор отражает тенденцию к переживанию негативного эмоционального опыта либо психологически, либо путем изменения соматического самочувствия.

С последним фактором оказался связан пункт «Избегание здоровой конкуренции» и в меньшей степени пункт «Тягостная зависимость от отношений», что позволяет определить его психологическое содержание как трудности в межличностных отношениях.

В силу того, что латентная дисфория является новой психологической категорией и ранее не включалась в методики, направленные на ее оценку, конструктивная валидность оценивалась с помощью соотнесения с близкими конструктами дистресса и раздражения, измеряемыми посредством HAM-D и 4DSQ. Общий балл чек-листа ЛД коррелировал с пунктом HAM-D «Психическое беспокойство» ($r=0,33$; $p=0,010$), который включал оценку раздражительности, и субшкалой 4DSQ «Дистресс» ($r=0,45$; $p<0,001$). Разработанный чек-лист значимо не коррелировал с возрастом ($r=0,14$; $p=0,276$).

Таблица 2

Факторная структура чек-листа Латентная Дисфория

	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4
1. Соматизация как реакция на стресс	0,111	0,178	-0,615	0,176
2. Страх собственных эмоциональных реакций	0,347	0,214	-0,101	0,427
3. Отрицание негативных эмоций	0,380	-0,352	0,507	0,025
4. Избегание здоровой конкуренции	-0,057	-0,144	0,095	0,794
5. Обидчивость	0,183	0,733	0,061	0,032
6. Уязвимость к критике	0,008	0,403	0,716	0,142
7. Тягостная зависимость от отношений	0,163	0,473	-0,321	0,502
8. Чувство недооцененности	0,054	0,855	0,050	-0,096
9. Драматизация и пафос предъявляемых жалоб	0,688	0,189	-0,212	-0,184
10. Частичная социальная незрелость	0,676	-0,062	-0,066	0,164
11. Подавляемое раздражение	0,720	0,237	0,169	-0,000
12. Противоречивое отношение к лечению и диагностическим процедурам	0,553	0,018	0,398	0,398
Собственные значения объясненной дисперсии	2,098	1,973	1,512	1,346
Процент объясненной дисперсии	17,5%	16,4%	12,6%	11,2%

Примечание. Жирным начертанием выделены пункты, вошедшие в каждый из факторов (нагрузка более 0,5).

Для определения балла-отсечки, при котором констатируется наличие ЛД, использовался экспертный метод. Оценка больных по чек-листу, который проводился клиническим психологом, сравнивалась с заключением группы независимых экспертов, состоящих из двух клинических психологов и врача-психиатра, о соответствии эмоционального нарушения каждой пациентки критериям ЛД (недовольство как эмоциональный фон, раздражительность как привычная реакция на обстоятельства и подавление внешнего проявления гнева). В результате было установлено, что пациентки, у которых, согласно экспертной оценке, констатировалось наличие ЛД, набирали по чек-листу 5 баллов и более.

С целью определения места ЛД в структуре эмоциональных нарушений у больных с ФЗ была проанализирована частота встречаемости исследуемых эмоциональных нарушений (тревоги, депрессии и ЛД) и их сочетаний. У 30 (50%) пациенток отмечалась высокая ситуационная тревожность (средний балл – $52,57 \pm 3,53$), а высокая личностная тревожность отмечалась у 44 (73%) пациенток (средний балл – $51,77 \pm 4,63$). 30 (50%) пациенток имели признаки депрессии от легкой до умеренной степени тяжести (средний общий балл НАМ-D – $8,40 \pm 4,30$). 29 (48%) пациенток имели ЛД (средний балл по чек-листу ЛД – $7,00 \pm 1,75$). Пациенток, у которых не отмечалось признаков ни одного из оцененных эмоциональных нарушений, было 12 (20%). Картина сочетаний различных эмоциональных нарушений представлена на рисунке.



Рис. Эмоциональные расстройства у пациенток с ФЗ

Хотя бы один вид эмоционального неблагополучия отмечался у 48 (80%) пациенток. При этом обнаружилась высокая степень сочетаемости нескольких эмоциональных нарушений: 21 (35%) пациентка имела сразу два вида эмоциональных нарушений, у 17 (28%) – обнаружены все три вида нарушений. Один

вид эмоционального неблагополучия имел место только у 10 (17%) больных: в 9 случаях — тревога, в одном случае — ЛД. Депрессия изолированно от других эмоциональных нарушений не встречалась.

Дополнительно для определения связей между различными формами эмоциональных нарушений был проведен корреляционный анализ. Как видно из представленных в таблице 3 данных, тревога, депрессия и ЛД умеренно связаны между собой, что подтверждает предположение о самостоятельности ЛД в структуре эмоциональных нарушений у больных с ФЗ.

Таблица 3

Корреляции между параметрами эмоциональных нарушений по общей группе пациенток

Параметры	Корреляция, r	Уровень значимости, p
НАМ-D: общий балл / чек-лист Латентная Дисфория: общий балл	0,553	>0,001
STAI: ситуационная тревожность / чек-лист Латентная Дисфория: общий балл	0,413	0,001
STAI: личностная тревожность / чек-лист Латентная Дисфория: общий балл	0,372	0,003
4DSQ: дистресс / чек-лист Латентная Дисфория: общий балл	0,455	>0,001
4DSQ: депрессия / чек-лист Латентная Дисфория: общий балл	0,463	>0,001
4DSQ: тревога / чек-лист Латентная Дисфория: общий балл	0,406	0,001
4DSQ: соматизация / чек-лист Латентная Дисфория: общий балл	0,450	>0,001
НАМ-D: общий балл / STAI: ситуационная тревожность	0,459	>0,001
НАМ-D: общий балл / STAI: личностная тревожность	0,416	0,001

Затем общая выборка была поделена по критерию наличия ЛД. 29 пациенток составили подгруппу «ЛД» — с выраженными показателями латентной дисфории, а 31 пациентка — подгруппу «не-ЛД» — с низкими показателями. Сравнение выраженности тревоги и депрессии у пациенток двух подгрупп представлено в табл. 4. Сравнительное исследование показало, что наличие ЛД сопровождалось большей выраженностью как тревоги, так и депрессии.

При анализе различий между группами по отдельным пунктам шкалы НАМД оказалось, что в подгруппе женщин с ЛД следующие признаки депрессии оказались более выражены: депрессивное настроение ($p=0,002$), бессонница (пробуждения после

засыпания) ($p=0,026$), сниженная работоспособность ($p=0,002$), ажитация ($p=0,025$), психическая тревога ($p=0,002$), соматическая тревога ($p=0,046$), выраженность общих соматических симптомов ($p=0,001$), признаки ипохондрии ($p=0,006$) и снижение критики к своему состоянию ($p=0,038$). При этом не обнаруживалось различий по таким типичным для депрессии нарушениям, как чувство вины и психомоторная заторможенность.

Таблица 4

Различия в выраженности тревоги и депрессии у женщин с выраженными и низкими показателями ЛД

Параметры	не-ЛД М (SD)	ЛД М (SD)	Уровень значимости, р
Ситуационная тревожность (STAI)	42,23 (8,16)	48,52 (7,05)	0,004
Личностная тревожность (STAI)	46,94 (7,84)	49,69 (6,74)	0,043
Общий балл HAM-D	6,23 (3,78)	10,72 (4,95)	>0,001

Значения всех субшкал 4DSQ были достоверно выше в подгруппе пациенток с ЛД по сравнению с пациентками без ЛД (табл. 5). По сравнению с контрольной группой (не-ЛД) пациентки подгруппы с ЛД имели более выраженные показатели дистресса, депрессии, тревоги и соматизации.

Таблица 5

Различия по показателям 4DSQ у женщин с выраженными и низкими показателями ЛД

Параметры	не-ЛД М (SD)	ЛД М (SD)	Уровень значимости, р
Дистресс	8,23 (7,29)	14,21 (7,79)	0,001
Депрессия	0,81 (2,27)	2,59 (2,83)	>0,001
Тревога	2,35 (3,19)	5,59 (6,04)	0,008
Соматизация	9,10 (4,62)	13,00 (5,96)	0,010

Большинство показателей качества жизни было ниже в подгруппе ЛД по сравнению с подгруппой не-ЛД (табл. 6). Различия в средних значениях не были обнаружены только по физическому функционированию и ролевому эмоциональному функционированию. При этом если большинство показателей качества жизни у пациенток с ЛД были заметно ниже (на 10–20 баллов) популяционных норм [1], то качество жизни пациенток без ЛД было сопоставимо с популяционными данными, а по некоторым показателям даже превышало их. Различий между подгруппами пациенток в выраженности соматических симптомов обнаружено не было (см. Приложение 2).

Таблица 6

**Различия по показателям качества жизни (SF-36) у женщин
с выраженными и низкими показателями ЛД**

Параметр	не-ЛД М (SD)	ЛД М (SD)	Уровень значимости, р
Физическое функционирование	87,17 (18,04)	80,86 (21,30)	0,193
Роловое физическое функционирование	71,67 (33,30)	44,83 (39,18)	0,008
Боль	65,00 (21,62)	48,28 (18,34)	0,005
Общее здоровье	64,33 (19,55)	49,31 (22,27)	0,012
Жизнестойкость	56,67 (19,22)	43,97 (21,35)	0,017
Социальное функционирование	75,50 (19,52)	61,33 (22,98)	0,020
Роловое эмоциональное функционирование	62,29 (35,86)	49,46 (37,46)	0,228
Психическое здоровье	66,80 (15,08)	49,93 (18,90)	0,001

Обсуждение результатов

Результаты исследования подтвердили гипотезу о том, что ЛД выявляется у женщин с ФЗ как отдельный феномен. Мы обнаружили, что латентная дисфория выявляется почти у половины пациенток с ФЗ. Кроме ЛД, у этих пациенток обнаружили и другие эмоциональные нарушения. При этом выраженность симптомов со стороны ЖКТ не отличала их от пациенток без ЛД. Выраженность депрессии у пациенток с ЛД была больше, чем описывали другие исследователи, не учитывающие этот аспект эмоциональных нарушений [23]. Депрессивный синдром по своему качеству отличался от типичной депрессии отсутствием чувства вины и признаков заторможенности. Напротив, у пациенток с ЛД отмечались агитация, напряжение и ипохондрическая тревога. Помимо клинически значимых депрессии и тревоги, у этих пациенток выявлялись клинически значимые признаки соматизации и дистресса по опроснику 4DSQ. Неожиданной находкой оказался факт, что пациентки с выраженными эмоциональными нарушениями не отличались по тяжести соматических расстройств от общей группы. Это отличало участниц текущего исследования от исследований пациентов с синдромом раздраженного кишечника [18; 21], в которых бóльшая выраженность эмоциональных нарушений была связана с бóльшей выраженностью соматических расстройств.

Мы обнаружили, что качество жизни было снижено только у пациенток с ЛД. При сопоставимой объективной выраженности симптомов ФЗ у пациенток с ЛД и без ЛД, пациентки с ЛД отмечали более выраженные связи соматического страдания и повседневного функционирования. Такой результат можно объяснить низкой дифференцированностью восприятия эмоциональных и физических явлений как характерную особенность пациенток с ЛД.

Пациентки, участвующие в исследовании, никогда ранее не консультировались у психиатра и не жаловались на свои эмоциональные проблемы врачам, однако именно эти проблемы в значительной степени снижали их качество жизни. Полученные нами результаты позволяют предположить, что наличие ЛД у пациенток с функциональными расстройствами является фактором, выделяющим их в особую группу, которая требует к себе специального внимания со стороны не только гастроэнтерологов, но и специалистов в области психического здоровья.

Предложенный чек-лист в данном исследовании оказался практичным инструментом для выявления ЛД, хотя более подробное определение его психометрических свойств потребует дополнительных исследований: тест-ретестовой надежности, исследований в других клинических группах, в группе контроля.

Показатель внутренней согласованности чек-листа (α Кронбаха) оказался несколько ниже достаточного. Вероятно, это связано с тем, что проявления латентной дисфории включают в себя различные аспекты: эмоциональные, поведенческие, личностные, межличностные, что нашло свое отражение и в факторной структуре чек-листа. Низкая корреляция с общим баллом одного из пунктов («Отрицание негативных эмоций»), возможно, также связана с многокомпонентностью нарушения, в связи с чем некоторые аспекты его могут стоять особняком от других.

Дальнейшие исследования латентной дисфории будут направлены на дифференциацию феномена от близких психологических явлений, таких как враждебность, подавленная агрессия, раздражение, а также на изучение ее распространенности при других патологических состояниях.

Выводы

ЛД оказывается отдельным самостоятельным аспектом эмоционального неблагополучия у женщин, страдающих функциональным запором, и выявляется у половины таких пациенток.

ЛД расширяет спектр хорошо известных эмоциональных нарушений у пациенток с функциональным запором.

ЛД связана с более низкими показателями качества жизни пациенток и не зависит от тяжести соматических проявлений функционального заболевания.

Полученные результаты следует рассматривать как предварительные в связи с рядом ограничений исследования. Исследование проведено на относительно небольшой выборке больных, состоящей только из лиц женского пола, поэтому экстраполировать полученные выводы на мужскую популяцию преждевременно. Ограничениями исследования также являются отсутствие клинической группы сравнения, например, больных другими функциональными расстройствами (синдром раздраженного кишечника), а также с органическим поражением ЖКТ (язвенная болезнь желудка, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, болезнь Крона, онкологические заболевания ЖКТ), а также отсутствие контрольной группы здоровых лиц.

Литература

1. Амирджанова В.Н., Горячев Д.В., Коршунов Н.И. и др. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ») // Научно-практическая ревматология. 2008. Том 46. № 1. С. 36–48. DOI: 10.14412/1995-4484-2008-852
2. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крезгер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. СПб.: изд-во НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 1994. 245 с.
3. Мнацаканян М.Г., Погромов А.П., Тацян О.В. и др. «Индекс висцеральной чувствительности» у больных СРК разного возраста // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020. Том 174. № 2. С. 65–70. DOI: 10.31146/1682-8658-esg-174-2-65-70
4. Морозова М.А., Алексеев А.А., Рупчев Г.Е. Латентная дисфория: инструмент для скрининговой диагностики (предварительные данные) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. Том 118. № 3. С. 77–82. DOI: 10.17116/jnevro20181183177-82
5. Морозова М.А., Рупчев Г.Е., Алексеев А.А. и др. Дисфорический спектр эмоциональных расстройств у больных с синдромом раздраженного кишечника // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2017. Том 27. № 1. С. 12–22. DOI: 10.22416/1382-4376-2017-27-1-12-22
6. Солдаткина В.А. Клиническая психометрика: учебное пособие. Ростов н/Д: изд-во РостГМУ, 2018. 339 с.
7. Тиганов А.С. Клиническая психопатология // Руководство по психиатрии: в 2 т. / под ред. А.С. Тиганова. Т. 1. М.: Медицина, 1999. С. 27–78.
8. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. Л.: изд-во ЛНИИФК, 1976. 40 с.
9. Björkman I., Simrén M., Ringström G. et al. Patients' experiences of healthcare encounters in severe irritable bowel syndrome: an analysis based on narrative and feminist theory // Journal of Clinical Nursing. 2016. Vol. 25. № 19-20. P. 2967–2978. DOI: 10.1111/jocn.13400
10. Çakmak B.B., Özkula G., Işıklı S. et al. Anxiety, depression, and anger in functional gastrointestinal disorders: a cross-sectional observational study // Psychiatry Research. 2018. Vol. 268. P. 368–372. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.06.046
11. Dayer A., Aubry J.M., Roth L. et al. A theoretical reappraisal of mixed states: dysphoria as a third dimension // Bipolar Disorders. 2000. Vol. 2. № 4. P. 316–324. DOI: 10.1034/j.1399-5618.2000.020404.x
12. Drossman D.A. Do psychosocial factors define symptom severity and patient status in irritable bowel syndrome? // The American Journal of Medicine. 1999. Vol. 107. № 5. P. 41–50. DOI: 10.1034/j.1399-5618.2000.020404.x

13. Dumitraşcu D.L., Acalovschi M., Pascu O. Hostility in patients with chronic constipation // Romanian Journal of Internal Medicine. 1998. Vol. 36. № 3-4. P. 239–243.
14. Grinsvall C., Törnblom H., Tack J. et al. Relationships between psychological state, abuse, somatization and visceral pain sensitivity in irritable bowel syndrome // United European Gastroenterology Journal. 2018. Vol. 6. № 2. P. 300–309. DOI: 10.1177/2050640617715851
15. Gudleski G.D., Satchidanand N., Dunlap L.J. et al. Predictors of medical and mental health care use in patients with irritable bowel syndrome in the United States // Behaviour Research and Therapy. 2017. Vol. 88. P. 65–75. DOI: 10.1016/j.brat.2016.07.006
16. Hamilton M. A rating scale for depression // Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry. 1960. Vol. 23. № 1. P. 56–62.
17. Hu Z., Li M., Yao L. et al. The level and prevalence of depression and anxiety among patients with different subtypes of irritable bowel syndrome: a network meta-analysis // BMC Gastroenterology. 2021. Vol. 21. № 1. P. 1–18. DOI: 10.1186/s12876-020-01593-5
18. Jerndal P., Ringström G., Agerforz P. et al. Gastrointestinal-specific anxiety: an important factor for severity of GI symptoms and quality of life in IBS // Neurogastroenterology & Motility. 2010. Vol. 22. № 6. P. 646–e179. DOI: 10.1111/j.1365-2982.2010.01493.x
19. Kellner R., Hernandez J., Pathak D. Self-rated inhibited anger, somatization and depression // Psychotherapy and Psychosomatics. 1992. Vol. 57. № 3. P. 102–107. DOI: 10.1159/000288582
20. Lewis S.J., Heaton K.W. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time // Scandinavian Journal of Gastroenterology. 1997. Vol. 32. № 9. P. 920–924. DOI: 10.4103/0019-5545.148526
21. Midenfjord I., Polster A., Sjövall H. et al. Anxiety and depression in irritable bowel syndrome: exploring the interaction with other symptoms and pathophysiology using multivariate analyses // Neurogastroenterology & Motility. 2019. Vol. 31. № 8. P. e13619. DOI: 10.1111/nmo.13619
22. Midenfjord I., Borg A., Törnblom H. et al. Cumulative effect of psychological alterations on gastrointestinal symptom severity in irritable bowel syndrome // Official Journal of the American College of Gastroenterology ACG. 2021. Vol. 116. № 4. P. 769–779. DOI: 10.14309/ajg.0000000000001038
23. Mikocka-Walus A., Turnbull D., Moulding N. et al. Psychological comorbidity and complexity of gastrointestinal symptoms in clinically diagnosed irritable bowel syndrome patients // Journal of Gastroenterology and Hepatology. 2008. Vol. 23. № 7pt1. P. 1137–1143. DOI: 10.1111/j.1440-1746.2007.05245.x
24. Shiha M.G., Asghar Z., Thoufееq M. et al. Increased psychological distress and somatization in patients with irritable bowel syndrome compared with functional diarrhea or functional constipation, based on Rome IV criteria // Neurogastroenterology & Motility. 2021. № 14. P. e14121. DOI: 10.1111/nmo.14121.

25. *Sperber A.D., Bangdiwala S.I., Drossman D.A. et al.* Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders, results of Rome Foundation global study // *Gastroenterology*. 2021. Vol. 160. № 1. P. 99–114.

26. *Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene L.E., et al.* Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983. 36p.

27. *Stanculete M.F., Capatina O., Pojoga C. et al.* Anger mediates the relationship between pain and depression in Irritable Bowel Syndrome // *Journal of Gastrointestinal & Liver Diseases*. 2019. Vol. 28. № 4. P. 415–419. DOI: 10.15403/jgld-533

28. *Starcevic V.* Dysphoric about dysphoria: towards a greater conceptual clarity of the term // *Australasian Psychiatry*. 2007. Vol. 15. № 1. P. 9–13. DOI: 10.1080/10398560601083035

29. *Staudacher H.M., Mikočka-Walus A., Ford A.C. et al.* Common mental disorders in irritable bowel syndrome: pathophysiology, management, and considerations for future randomised controlled trials // *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. 2021. Vol. 6. № 5. P. 401–410. DOI: 10.1016/S2468-1253(20)30363-0

30. *Terluin B., van Marwijk H.W.J., Adèr H.J. et al.* The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): A validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization // *BMC psychiatry*. 2006. Vol. 6. P. 34. URL: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-6-34> (дата обращения: 23.11.2021)

31. *Umrani S., Jamshed W., Rizwan A. et al.* Association between psychological disorders and Irritable Bowel Syndrome // *Cureus*. 2021. Vol. 13. № 4. P. e14513. DOI: 10.7759/cureus.14513.

32. *Van Oudenhove L., Törnblom H., Störsrud S. et al.* Depression and somatization are associated with increased postprandial symptoms in patients with irritable bowel syndrome // *Gastroenterology*. 2016. Vol. 150. № 4. P. 866–874. DOI: 10.1053/j.gastro.2015.11.010

33. *Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M. et al.* SF-36 health survey: Manual and interpretation guide. Boston: The Health Institute, New England Medical Center, 1993. 316 p.

References

1. Amirdzhanova V.N., Goryachev D.V., Korshunov N.I. et al. Populyatsionnye pokazateli kachestva zhizni po oprosniku SF-36 (rezul'taty mnogotsentrovogo issledovaniya kachestva zhizni «MIRAZh») [SF-36 questionnaire population quality of life indices Objective]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya=Rheumatology Science and Practice*, 2008, vol. 46, no. 1, pp. 36-48. DOI: 10.14412/1995-4484-2008-852 (In Russ., abstr. in Engl.).

2. Lyuban-Plotstsa B., Pel'dinger V., Kreger F. Psikhosomaticheskii bol'noi na prieme u vracha: Per. s nem. [Psychosomatic patient at the doctor's appointment]. Saint-Petersburg: Sankt-Peterburgskii psikhonevrologicheskii institut imeni V.M. Bekhtereva, 1994. 245 p. (In Russ.).

3. Mnatsakanyan M.G., Pogromov A.P., Tashchyan O.V. et al. «Indeks vistseral'noi chuvstvitel'nosti» u bol'nykh SRK raznogo vozrasta [“Visceral sensitivity index” in patients with IBS of different ages]. *Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya = Experimental and Clinical Gastroenterology*, 2020, vol. 174, no. 2, pp. 65–70. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-174-2-65-70 (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Morozova M.A., Alekseev A.A., Rupchev G.E. Latentnaya disforiya: instrument dlya skринingovoi diagnostiki (predvaritel'nye dannye) [Latent dysphoria: an instrument of screening and diagnosis (preliminary results)]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 2018, vol. 118, no. 3, pp. 77–82. DOI: 10.17116/jnevro20181183177-82 (In Russ., abstr. in Engl.).
5. Morozova M.A., Rupchev G.E., Alekseev A.A. et al. Disforicheskiy spektr emotsional'nykh rasstroystv u bol'nykh s sindromom razdrazhennogo kishechnika [Dysphoric spectrum of emotional disorders at irritable bowel syndrome]. *Rossiiskii zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii = Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*, 2017, vol. 27, no. 1, pp. 12–22. DOI: 10.22416/1382-4376-2017-27-1-12-22 (In Russ., abstr. in Engl.).
6. Soldatkina V.A. *Klinicheskaya psikhometrika: uchebnoe posobie* [Clinical psychometrics: a textbook]. Rostov-on-Don: RostGMU, 2018. 339 p.
7. Tiganov A.S. *Klinicheskaya psikhopatologiya* [Clinical psychopathology]. In A.S. Tiganova (ed.), *Rukovodstvo po psikiatrii = Manual of Psychiatry*. Vol. 1. Moscow: Meditsina, 1999, pp. 27–78. (In Russ.).
8. Khanin Yu.L. *Kratkoe rukovodstvo k primeneniyu shkaly reaktivnoi lichnostnoi trevozhnosti Ch. D. Spilbergera* [A brief guide to the use of the C.D. Spielberger state-trait anxiety inventory]. Leningrad: LNIIFK, 1976. 40 p. (In Russ.).
9. Björkman I., Simrén M., Ringström G. et al. Patients’ experiences of healthcare encounters in severe irritable bowel syndrome: an analysis based on narrative and feminist theory. *Journal of Clinical Nursing*, 2016, vol. 25, no. 19-20, pp. 2967–2978. DOI: 10.1111/jocn.13400
10. Çakmak B.B., Özkula G., Işıklı S. et al. Anxiety, depression, and anger in functional gastrointestinal disorders: a cross-sectional observational study. *Psychiatry Research*, 2018, vol. 268, pp. 368–372. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.06.046
11. Dayer A., Aubry J.M., Roth L. et al. A theoretical reappraisal of mixed states: dysphoria as a third dimension. *Bipolar Disorders*, 2000, vol. 2, no. 4, pp. 316–324. DOI: 10.1034/j.1399-5618.2000.020404.x
12. Drossman D.A. Do psychosocial factors define symptom severity and patient status in irritable bowel syndrome? *The American Journal of Medicine*, 1999, vol. 107, no. 5, pp. 41–50. DOI: 10.1034/j.1399-5618.2000.020404.x
13. Dumitraşcu D.L., Acalovschi M., Pascu O. Hostility in patients with chronic constipation. *Romanian Journal of Internal Medicine*, 1998, vol. 36, no. 3-4, pp. 239–243.
14. Grinsvall C., Törnblom H., Tack J. et al. Relationships between psychological state, abuse, somatization and visceral pain sensitivity in irritable bowel syndrome. *United*

European Gastroenterology Journal, 2018, vol. 6, no. 2, pp. 300–309. DOI: 10.1177/2050640617715851

15. Gudleski G.D., Satchidanand N., Dunlap L.J. et al. Predictors of medical and mental health care use in patients with irritable bowel syndrome in the United States. *Behaviour Research and Therapy*, 2017, vol. 88, pp. 65–75. DOI: 10.1016/j.brat.2016.07.006

16. Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, And Psychiatry*, 1960, vol. 23, no. 1, pp. 56–62.

17. Hu Z., Li M., Yao L. et al. The level and prevalence of depression and anxiety among patients with different subtypes of irritable bowel syndrome: a network meta-analysis. *BMC Gastroenterology*, 2021, vol. 21, no. 1, pp. 1–18. DOI: 10.1186/s12876-020-01593-5

18. Jerndal P., Ringström G., Agerforz P. et al. Gastrointestinal-specific anxiety: an important factor for severity of GI symptoms and quality of life in IBS. *Neurogastroenterology & Motility*, 2010, vol. 22, no. 6, pp. 646–e179. DOI: 10.1111/j.1365-2982.2010.01493.x

19. Kellner R., Hernandez J., Pathak D. Self-rated inhibited anger, somatization and depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1992, vol. 57, no. 3, pp. 102–107. DOI: 10.1159/000288582

20. Lewis S. J., Heaton K. W. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 1997, vol. 32, no. 9, pp. 920–924. DOI: 10.4103/0019-5545.148526

21. Midenfjord I., Polster A., Sjövall H. et al. Anxiety and depression in irritable bowel syndrome: exploring the interaction with other symptoms and pathophysiology using multivariate analyses. *Neurogastroenterology & Motility*, 2019, vol. 31, no. 8, p. e13619. DOI: 10.1111/nmo.13619

22. Midenfjord I., Borg A., Törnblom H. et al. Cumulative effect of psychological alterations on gastrointestinal symptom severity in irritable bowel syndrome. *Official Journal of the American College of Gastroenterology ACG*, 2021, vol. 116, no. 4, pp. 769–779. DOI: 10.14309/ajg.0000000000001038

23. Mikocka-Walus A., Turnbull D., Moulding N. et al. Psychological comorbidity and complexity of gastrointestinal symptoms in clinically diagnosed irritable bowel syndrome patients. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2008, vol. 23, no. 7pt1, pp. 1137–1143. DOI: 10.1111/j.1440-1746.2007.05245.x

24. Shiha M.G., Asghar Z., Thoufееq M. et al. Increased psychological distress and somatization in patients with irritable bowel syndrome compared with functional diarrhea or functional constipation, based on Rome IV criteria. *Neurogastroenterology & Motility*, 2021, no. 14, p. e14121. DOI: 10.1111/nmo.14121

25. Sperber A.D., Bangdiwala S.I., Drossman D.A. et al. Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders, results of Rome Foundation global study. *Gastroenterology*, 2021, vol. 160, no. 1, pp. 99–114.

26. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene L.E. et al. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983. 36 p.

27. Stanculete M.F., Capatina O., Pojoga C. et al. Anger Mediates the Relationship between Pain and Depression in Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Gastrointestinal & Liver Diseases*, 2019, vol. 28, no. 4, pp. 415–419. DOI: 10.15403/jgld-533

28. Starcevic V. Dysphoric about dysphoria: towards a greater conceptual clarity of the term. *Australasian Psychiatry*, 2007, vol. 15, no. 1, pp. 9–13. DOI: 10.1080/10398560601083035

29. Staudacher H.M., Mikocka-Walus A., Ford A.C. et al. Common mental disorders in irritable bowel syndrome: pathophysiology, management, and considerations for future randomised controlled trials. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 2021, vol. 6, no. 5, pp. 401–410. DOI: 10.1016/S2468-1253(20)30363-0

30. Terluin B., van Marwijk H.W.J., Adèr H.J. et al. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization. *BMC psychiatry*, 2006, vol. 6, p. 34. DOI: 10.1186/1471-244X-6-34

31. Umrani S., Jamshed W., Rizwan A. et al. Association between psychological disorders and Irritable Bowel Syndrome. *Cureus*, 2021, vol. 13, no. 4, p. e14513. DOI: 10.7759/cureus.14513

32. Van Oudenhove L., Törnblom H., Störsrud S. et al. Depression and somatization are associated with increased postprandial symptoms in patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 2016, vol. 150, no. 4, pp. 866–874. DOI: 10.1053/j.gastro.2015.11.010

33. Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M. et al. SF-36 health survey: Manual and interpretation guide. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center, 1993. 316 p.

Приложение 1

*Для специалиста. Не является самопросником!
Не выдается на руки пациенту.*

Чек-лист «Латентная дисфория»

Определение и критерии

Латентная дисфория — это длительное, видимое, но сдерживаемое человеком раздражение, не имеющее явных признаков гнева или агрессии в поведении, а также характерная неадекватная реакция на внешние события. Латентная дисфория характеризуется:

1. хроническим ощущением недовольства (как эмоциональный фон);

2. склонностью испытывать чувство раздражения в качестве универсальной реакции;

3. подавлением внешних проявлений раздражения.

Пункты могут оцениваться не только на основе ответов на вопросы клинической беседы, но и из отчета медперсонала или родственников. Оцениваемый период — 1 месяц.

Для каждого из признаков латентной дисфории обведите «Да» в случае наличия признака у пациента, либо «Нет» в случае отсутствия признака.

Название и краткое содержание пункта	Примерные вопросы и фокусы внимания к поведению в клинической беседе
<p>1. Соматизация, как реакция на стресс</p> <p>Физическая декомпенсация в ходе дистресса (усиление функциональных симптомов в ответ на критику и игнорирование)</p> <p style="text-align: center;">Да Нет</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Переживаете ли Вы стресс? • Бывает ли так, что на фоне стресса у Вас ухудшается физическое здоровье, обостряются старые симптомы, появляются новые жалобы?
<p>2. Страх собственных эмоциональных реакций</p> <p>Возможные разрядки раздражения (или рассказ о таких эпизодах). Невыраженные агрессивные вспышки в поведении вызывают впоследствии чувство вины, стыда, отчаяния. Возможно ухудшение соматической симптоматики</p> <p style="text-align: center;">Да Нет</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Реагируете ли Вы на стресс раздражением? • Бывает ли так, что Вы выходите из себя, (не можете сдержаться)? • Как Вы себя чувствуете себя после этого? • Бывает ли Вам плохо после эмоциональных вспышек?
<p>3. Отрицание негативных эмоций</p> <p>Вопросы об эмоциональных состояниях, связанных с раздражением или гневом, вызывают недоумение и непонимание, а часто раздражение.</p> <p style="text-align: center;">Да Нет</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Часто ли Вы испытывали гнев или раздражение за последнее время? • Раздражаетесь ли Вы иногда?
<p>4. Избегание здоровой конкуренции</p> <p>Избегание проявлений здоровой агрессии (адекватная защита своих интересов, границ), а также ситуаций конкуренции</p> <p style="text-align: center;">Да Нет</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Бывает ли так, что Вы проявляете чрезмерную уступчивость? • Избегаете отстаивать свои интересы, даже когда правы? • Трудно ли Вам отстаивать свои интересы, точку зрения?

<p>5. Обидчивость</p> <p>Подолгу помнят даже мелкие обиды</p> <p>Да Нет</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Бывает ли, что люди несправедливы по отношению к Вам? ● Можете ли Вы отвлечься от мыслей о причиненной обиде?
<p>6. Уязвимость к критике</p> <p>Восприятие любой, даже незначительной и конструктивной критики как травмирующего фактора, вызывающего раздражение. Долго помнит о такой ситуации и часто возвращается к ней в беседе</p> <p>Да Нет</p>	<p><i>Оценивается в рамках отношений «врач—пациент»</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Бывает ли чувство, что Вас критикуют безосновательно? ● Как Вы реагируете на замечания?
<p>7. Тягостная зависимость от отношений</p> <p>Межличностные отношения воспринимаются как тягостные, однако нет никаких попыток их изменить или прервать. Положение признается безвыходным, а предложения по изменению воспринимаются как абсурдные</p> <p>Да Нет</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Как Вы можете охарактеризовать свои отношения с близкими? ● Бывает ли, что они несправедливы по отношению к Вам? ● Хотелось ли бы Вам поменять что-то в отношениях с близкими?
<p>8. Чувство недооцененности</p> <p>Чувство недооцененности даже близкими людьми. Ожидание «ответного добра» и обида за его неполучение</p> <p>Да Нет</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Возникает ли у Вас чувство, что окружающие относятся к Вам не так, как Вы того заслуживаете? ● Достаточно ли ценят Вас окружающие? ● Бывает ли у Вас стресс на работе от отношений с начальством?
<p>9. Драматизация и пафос предъявляемых жалоб</p> <p>Интенсивность описываемых эмоциональных реакций противоречит реальному поведению пациента и уровню его дезадаптации</p> <p>Да Нет</p>	<p><i>Оценивается на основе всего интервью и стиля общения</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Может возникать ощущение, реальное состояние легче тяжести описываемых жалоб ● Подчеркивание отчаянности положения, ощущение себя жертвой болезни или лечения

10. Частичная социальная незрелость

Частое несоответствие адекватного поведения в профессиональной среде (что позволяет пациентам достичь довольно высокого профессионального статуса) и инфантильных отношений в неформальной среде (что приводит к сложностям в построении личных отношений)

Да

Нет

Оценивается положительно, если имеет место относительно высокий профессиональный статус в сочетании с выраженными трудностями в межличностных отношениях (трудность в создании и сохранении семьи, конфликтность в отношениях с близкими, одиночество)

11. Сдерживаемое раздражение

Видимое, но сдерживаемое раздражение без явных признаков гнева или агрессии в поведении

Да

Нет

Оценивается на основе всего интервью и стиля общения

Может проявляться в невербальном поведении (поза, вздохи, выражение лица, общая напряженность, нетерпеливость, косвенные замечания, сарказм)

12. Противоречивое отношение к лечению и диагностическим процедурам

Сочетание пассивного соглашения и последующего протеста или недовольства, что часто может вызывать чувство вины или дискомфорта у врача

Да

Нет

Пациент пассивно-подчинительно соглашается на все медицинские процедуры, высказывает сомнения, но не может отказаться от них. Впоследствии склонен описывать их как чрезмерные, бесполезные, болезненные или принесшие вред

Оценка «Да» за каждый из пунктов оценивается в 1 балл, «Нет» — в 0 баллов. Итоговым показателем чек-листа является сумма баллов за все пункты. Значимым уровнем латентной дисфории является значение в 5 баллов.

Латентная дисфория не является диагнозом!

Различия между подгруппами в выраженности соматических симптомов

	не-ЛД М (SD)	ЛД М (SD)	Уровень значимости, р
Частота стула (раз/ неделю)	1,87 (0,72)	1,90 (0,77)	0,941
Форма стула (BSC)	1,42 (0,92)	1,34 (0,55)	0,801
Вздутие (ВАШ)	6,19 (2,56)	5,86 (2,33)	0,510
Неполное опорожнение	0,87 (0,34)	0,93 (0,26)	0,695
Натуживание	0,94 (0,25)	0,93 (0,26)	0,982
Затруднение эвакуации	0,84 (0,37)	0,93 (0,26)	0,544
Длительность заболевания	14,00 (12,17)	11,60 (10,44)	0,657

Информация об авторах

Морозова Маргарита Алексеевна, доктор медицинских наук, профессор отдела по подготовке специалистов в области психиатрии (отдел ординатуры и аспирантуры), заведующая лабораторией психофармакологии, ФГБНУ «Научный Центр Психического Здоровья», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7847-2716>, e-mail: margmorozova@gmail.com

Рупчев Георгий Евгеньевич, кандидат психологических наук, научный сотрудник лаборатории психофармакологии, ФГБНУ «Научный Центр Психического Здоровья», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1948-6090>, e-mail: rupchevgeorg@mail.ru

Алексеев Андрей Андреевич, клинический психолог, лаборатория психофармакологии, ФГБНУ «Научный Центр Психического Здоровья», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3690-8662>, e-mail: alekseev.a.a@list.ru

Ульянин Анатолий Игоревич, гастроэнтеролог, кафедра хронических заболеваний кишечника и поджелудочной железы, Клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко; Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5506-5555>, e-mail: dr.ulianin@gmail.com

Полуэктова Елена Александровна, доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета, Клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко; Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1312-120X>, e-mail: polouektova@rambler.ru

Ивашкин Владимир Трофимович, академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета, Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6815-6015>, e-mail: polouektova@rambler.ru

Морозова М.А., Рупчев Г.Е., Алексеев А.А. и др.
Латентная дисфория в структуре эмоциональных
расстройств у пациенток с функциональным запором
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 4. С. 68–92.

Morozova M.A., Rupchev G.E., Alekseev A.A. et al.
*Latent Dysphoria in the Structure of Emotional
Disorders in Patients with Functional Constipation*
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 4, pp. 68–92.

Information about the authors

Margarita A. Morozova, Doctor of Medicine, Professor of the Department for Psychiatry Professional Training (Department of Residency and Postgraduate studies), Head of Laboratory of Psychopharmacology, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7847-2716>, e-mail: margmorozova@gmail.com

George E. Rupchev, PhD in Psychology, Laboratory of Psychopharmacology, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1948-6090>, e-mail: rupchevgeorg@mail.ru

Andrey A. Alekseev, Clinical psychologist, Laboratory of Psychopharmacology, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3690-8662>, e-mail: alekseev.a.a@list.ru

Anatoly I. Ulyanin, Gastroenterologist, Department of Chronic Diseases of the Intestines and Pancreas, V.H. Vasilenko Clinic of the Propaedeutics of Internal Diseases, Gastroenterology and Hepatology; I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5506-5555>, e-mail: dr.ulianin@gmail.com

Elena A. Poluektova, Doctor of Medicine, Professor of Department of Propedeutics of Internal Diseases, Faculty of Medicine, V.H. Vasilenko Clinic of the Propaedeutics of Internal Diseases, Gastroenterology and Hepatology; I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1312-120X>, e-mail: polouektova@rambler.ru

Vladimir T. Ivashkin, Academician of the Russian Academy of Sciences, Doctor of Medicine, Professor, Head of Department of Propedeutics of Internal Diseases, Faculty of Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6815-6015>, e-mail: polouektova@rambler.ru

Получена: 16.03.2021

Received: 16.03.2021

Принята в печать: 04.12.2021

Accepted: 04.12.2021