

Я. В. Шпильовий

**КЛІНІЧНИЙ ЗМІСТ І ВИРАЖЕНІСТЬ ДЕПРЕСИВНИХ І ТРИВОЖНИХ ФЕНОМЕНІВ
В СТРУКТУРІ НЕВРОТИЧНИХ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ РІЗНОГО ПСИХОГЕНЕЗУ
У ЖІНОК (ВИМУШЕНИХ ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ ТА ДРУЖИН ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ — УЧАСНИКІВ АТО)**

Я. В. Шпилевой

**Клиническое содержание и выраженность депрессивных и тревожных явлений
в структуре невротических тревожно-депрессивных расстройств различного психогенеза
у женщин (вынужденных переселенцев и жен военнослужащих — участников АТО)**

Ya. V. Shpylyoviy

**Clinical content and severity of depressive and anxiety phenomena in the structure
of neurotic anxious-depressive disorders with various psychogenesis in women
(IDPs and wives of military men — participants in ATO)**

Мета роботи — встановлення особливостей структури і вираженості депресії у жінок з невротичними тривожно-депресивними розладами різного психогенезу для обґрунтування диференціації терапевтичних підходів.

За допомогою клініко-психопатологічного та психодіагностичного (шкали Гамільтона HDRS і HARS) методів на базі КЗ «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня» було обстежено 200 жінок: 150 осіб з тривожно-депресивними розладами невротичного регістру, з них 78 — вимушено переміщені (ВПЖ) та 72 — дружини військовослужбовців — учасників АТО (ДВС), 25 хворих на ендогенну депресію (ГП-ЕД) та 25 психічно здорових жінок (ГП-З).

Як за клінічним змістом, так і за вираженістю тривожно-депресивної симптоматики, жінки групи ВПЖ випереджали ДВС. На нашу думку, можна говорити про наявність в них «комплексу взаємопов'язаних симптомів вимушеного переселення», що призводив до формування особливих психічних станів особистості, які характеризувалися появою в початковому періоді адаптації до змінених умов життєдіяльності комплексу значимих переживань депресивного характеру.

Також встановлено, що жінки груп ВПЖ та ДВС мали схильність до «приховування» симптомів тривоги, що виявлялося під час проведення об'єктивної оцінки ($p < 0,05$). Більші варіативність і вираженість тривожного розладу у ВПЖ зумовлені основним травмуючим чинником — «хвилюванням за власне життя й здоров'я у майбутньому». Хвилювання здебільшого були спрямовані на ситуацію невизначеності та труднощів життєдіяльності у зв'язку із переселенням.

Отримані дані були покладені нами в основу під час розроблення комплексної диференційованої системи спеціалізованої медичної допомоги жінкам з невротичними тривожно-депресивними розладами різного психогенезу.

Ключові слова: невротичні тривожно-депресивні розлади, депресія, тривога, психогенез, жінки

Цель работы — установление особенностей структуры и выраженности депрессии у женщин с невротическими тревожно-депрессивными расстройствами различного психогенеза для обоснования дифференциации терапевтических подходов.

С помощью клинико-психопатологического и психодиагностического (шкалы Гамильтона HDRS и HARS) методов на базе КУ «Львовская областная клиническая психиатрическая больница» было обследовано 200 женщин: 150 человек с тревожно-депрессивными расстройствами невротического регистра, из них 78 — вынужденно перемещенные (ВПЖ) и 72 — жены военнослужащих — участников АТО (ЖВС), 25 больных эндогенной депрессией (ГП-ЭД) и 25 психически здоровых женщин (ГП-З).

Как по клиническому содержанию, так и по выраженности тревожно-депрессивной симптоматики, женщины группы ВПЖ опережали ДВС. По нашему мнению, можно говорить о наличии у них «комплекса взаимосвязанных симптомов вынужденного переселения», что приводило к формированию особых психических состояний личности, характеризовавшихся появлением в начальном периоде адаптации к изменившимся условиям жизнедеятельности комплекса значимых переживаний депрессивного характера.

Также установлено, что женщины групп ВПЖ и ЖВС имели склонность к «сокрытию» симптомов тревоги, что выявлялось при проведении объективной оценки ($p < 0,05$). Большие вариативность и выраженность тревожного расстройства у ВПЖ обусловлены основным травмирующим фактором — «волнением за свою жизнь и здоровье в будущем». Волнения в большинстве были направлены на ситуацию неопределенности и трудности жизнедеятельности в связи с переселением.

Полученные данные были положены нами в основу при разработке комплексной дифференцированной системы специализированной медицинской помощи женщинам с невротическими тревожно-депрессивными расстройствами различного психогенеза.

Ключевые слова: невротические тревожно-депрессивные расстройства, депрессия, тревога, психогенез, женщины

The aim of the work is the establishment of the structure and severity of depression in women with neurotic anxious-depressive disorders with various psychogenesis for substantiate the differentiation in therapeutic approaches.

The research provided at Lviv Regional Clinical Psychiatric Hospital. In the study participated 200 women: 150 patients with anxious-depressive disorders of the neurotic register, and 78 of them were IDPs (IDPW) and 72 — wives of military men the participants in ATO (WMM), 25 patients with endogenous depression (CG-ED) and 25 mentally healthy women (CG-H). Psychic state was investigated by clinical-psychopathological and psychodiagnostic methods (HDRS and HARS).

For the clinical content and for the severity of anxious-depressive symptoms, in the women of IDPW group psychopathological symptoms were more intensive than in WMM group. On our opinion, in these women we can talk about the presence of a "complex of interrelated symptoms of involuntary resettlement," which led to the formation of special mental states of the personality, characterized by the appearance in the initial period of adaptation a complex of significant depressive experiences.

It was also found that in women in IDPW and WMM groups was a tendency to "hide" the symptoms of anxiety, which was revealed during an objective assessment ($p < 0.05$). Great variability and severity of anxiety disorder in IDPW caused by the main traumatic factor — "excitement for one's life and health in the future". The majority of the disturbances directed at the situation of uncertainty and difficulties of life activity in connection with resettlement. The obtained data were our basis in developing a complex differentiated system of specialized medical help for women with neurotic anxious-depressive disorders with various psychogenesis.

Key words: neurotic anxious-depressive disorders, depression, anxiety, psychogenesis, women

Сучасний період розвитку України характеризується значною кількістю деструктивно-дестабілюючих та соціально зумовлених стресогенних чинників, наслідком чого є значне підвищення довготривалого стресового навантаження, в умовах якого живе населення. Це породжує низку негативних зрушень в стані здоров'я нації, серед яких одним з найбільш значимих є зростання кількості дезадаптивних психічних станів, що виникають як несприятливий механізм компенсації нервово-психічного напруження та варіант хронізації різноманітних постстресових розладів [1].

Поміж загального контингенту населення України, в суспільстві є особливо уразливі до дії психосоціальних стрес-факторів контингенти, серед яких особливе місце займають родичі учасників бойових дій, та внутрішньо переміщені особи, переважно більшість яких становлять жінки.

На сучасному етапі розвитку психіатричної науки доведено, що у жінок, які складають 52 % населення Земної кулі, клінічні прояви та прогноз психічних розладів інші, ніж у чоловіків. В першу чергу це стосується, звісно, афективних розладів: депресії, дистимії, біполярного афективного, генералізованого тривожного розладів, нападів паніки та фобічних проявів [2, 3]. Однак, усі попередні дослідження були присвячені вивченню гендерних особливостей психічних розладів, які виникали у мирний час і були зумовлені притаманними для мирного життя чинниками психотравматизації [4]. Нажаль, ці розробки не можуть бути прямо імplementовані для роботи з хворими, в яких виникнення психічних і поведінкових розладів зумовлено ситуаційними чинниками, патогномонічними для теперішньої ситуації.

Мета роботи — встановлення особливостей структури і вираженості депресії у жінок з невротичними тривожно-депресивними розладами різного психогенезу, для обґрунтування диференціації терапевтичних підходів.

За допомогою клініко-психопатологічного та психодіагностичного (шкали Гамільтона HDRS і HARS) методів на базі КЗ «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня» було обстежено 200 жінок: 150 осіб з тривожно-депресивними розладами невротичного регістру, з них 78 — вимушено переміщені (ВПЖ) та 72 — дружини військовослужбовців — учасників АТО (ДВС), 25 хворих на ендогенну депресію (ГП-ЕД) та 25 психічно здорових жінок (ГП-3).

З розподілу жінок груп ВПЖ, ДВС, ГП-ЕД, ГП-3 за клінічним рівнем депресії за шкалою Гамільтона (HDRS) (рис. 1) видно, що жінки досліджуваних груп розрізнялися за тяжкістю депресивного синдрому за об'єктивним критерієм оцінки. Зокрема, без депресії серед жінок групи ВПЖ спостерігалось 15,4 %, ДВС — 29,0 %, у ГП-ЕД — не виявлено, у ГП-3 — 92,0 %. Виявлена депресія на рівні малого депресивного епізоду склала у групі ВПЖ — 69,2 %, ДВС — 68,1 %, ГП-ЕД — 20,0 %, ГП-3 — 8,0 % ($p \leq 0,05$). Виявлена депресія на рівні важкого депресивного епізоду склала у жінок групи ВПЖ — 15,4 %, ДВС — 2,8 %, ГП-ЕД — 80,0 %, ГП-3 — не виявлено ($p \leq 0,05$). Загалом така ситуація щодо розподілу депресії у групах збігалася із даними суб'єктивної оцінки (шкала Бека). У групах ВПЖ та ДВС виявлено тенденцію до зниження власних депресивних хвилювань (тяжкий депресивний епізод встановлено відповідно — у 15,4 % та 2,8 % та своєрідна анозогнозія клінічних симптомів депресії — визначенням їх відсутності — 15,4 % та 29,2 %.

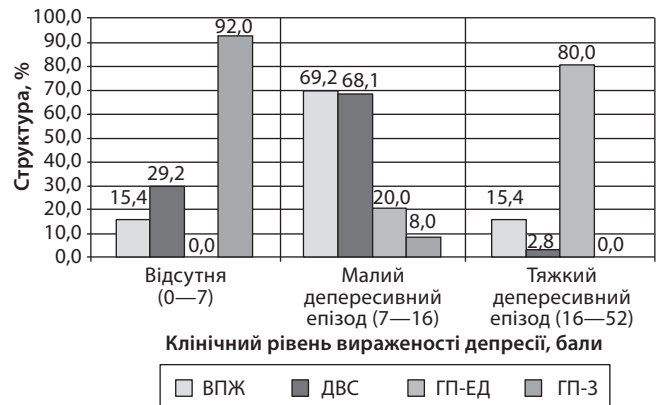


Рис. 1. Розподіл жінок груп ВПЖ, ДВС, ГП-ЕД, ГП-3 за клінічним рівнем депресії (шкала Гамільтона, HDRS)

Середній бал за шкалою HDRS у жінок групи ВПЖ склав — відсутність депресії — 5,6 балів, малий депресивний епізод — 14,0 балів, важкий депресивний епізод — 42 бали. У ДВС відповідно — відсутність депресії — 5,5 балів, малий депресивний епізод — 13,0 балів, важкий депресивний епізод — 40 балів. У жінок групи ГП-ЕД — відсутність депресії — 5,0 балів, малий депресивний епізод — 15,0 балів, важкий депресивний епізод — 44 бали. У жінок групи ГП-3 — відсутність депресії — 4,0 бали, малий депресивний епізод — 8,0 балів.

У рамках дослідження структури зустрічальності симптомів нами досліджено міжгруповий розподіл діагностованих симптомів депресії за шкалою Гамільтона (HDRS) серед жінок груп ВПЖ, ДВС, ГП-ЕД, ГП-3 (табл. 1).

Можна зазначити, що, загалом, «недостатність» при розвитку «комплексу взаємопов'язаних симптомів вимушеного переселення» призводить до формування особливих психічних станів особистості, які характеризуються появою в початковому періоді адаптації до змінених умов життєдіяльності комплексу значимих переживань депресивного характеру, які також відчуються жінками. У жінок в цей період серед індивідуально-психологічних особливостей суб'єктивного переживання депресивних хвилювань виявляється висока тривожність, агресивність і низька критична здатність особистості ($p \leq 0,05$).

Зокрема, у жінок групи ВПЖ в структурі діагностованих симптомів знижений настрій склав — 6,6 %, почуття провини — 7,9 %, праця та діяльність — 7,9 %, раннє пробудження — 7,0 %, соматична тривога — 7,9 %, іпохондричні розлади — 7,9 %. У жінок групи ВПЖ депресивний настрій проявлявся почуттям провини у вигляді самозвинувачень, втрати інтересу до діяльності у вигляді апатії, спонтанними виказуваннями й невербальною поведінкою; загальмованості у бесіді, ажитацією ($p < 0,05$).

У жінок групи ДВС в структурі діагностованих симптомів знижений настрій склав — 8,3 %, почуття провини — 11,1 %, труднощі при засипанні — 8,3 %, іпохондричні розлади — 7,9 %. У ГП-ЕД усі значимі виявлені симптоми загалом розподілилися рівномірно. У жінок групи ГП-3 виявлено лише зниження настрою, яке не досягало клінічного рівня. Можна стверджувати, що у жінок груп ВПЖ, ДВС та ГП-ЕД виявлені симптоми склали загальну картину депресивного розладу із усіма ознаками порушень настрою, психічною та моторною загальмованістю ($p < 0,05$).

Таблиця 1. Розподіл діагностованих симптомів депресії у жінок груп ВПЖ, ДВС, ГП-ЕД, ГП-3 (шкала Гамільтона, HDRS)

Симптоми	Групи							
	ВПЖ		ДВС		ГП-ЕД		ГП-3	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Знижений настрій	54	6,6	45	8,3	22	5,8	5	100,0
Почуття провини	65	7,9	60	11,1	21	5,5	—	—
Суїцидальні тенденції	5	0,6	—	—	12	3,2	—	—
Труднощі при засипанні	56	6,8	45	8,3	22	5,8	—	—
Безсоння	55	6,7	34	6,3	23	6,1	—	—
Раннє пробудження	57	7,0	30	5,5	12	3,2	—	—
Праця та діяльність	65	7,9	35	6,5	24	6,3	—	—
Загальмованість мислення	34	4,2	20	3,7	25	6,6	—	—
Збудження	—	—	—	—	3	0,8	—	—
Психічна тривога	56	6,8	32	5,9	22	5,8	—	—
Соматична тривога	65	7,9	34	6,3	23	6,1	—	—
Соматичні порушення ШКТ	45	5,5	23	4,3	22	5,8	—	—
Загальносоматичні симптоми	46	5,6	28	5,2	21	5,5	—	—
Розлади сексуальної сфери	23	2,8	17	3,1	17	4,5	—	—
Іпохондричні розлади	65	7,9	43	7,9	24	6,3	—	—
Втрата маси тіла	14	1,7	12	2,2	10	2,6	—	—
Ставлення до захворювання	45	5,5	35	6,5	23	6,1	—	—
Добові коливання стану	45	5,5	36	6,7	17	4,5	—	—
Деперсоналізація та дереалізація	—	—	—	—	10	2,6	—	—
Маячні розлади	—	—	—	—	10	2,6	—	—
Обсесивно-компульсивні розлади	24	2,9	12	2,2	16	4,2	—	—
Всього	819	100,0	541	100,0	379	100,0	5	100,0

Примітка. Тут і далі: достовірність різниць показників шкал у групах $p \leq 0,05$. N — кількість діагностованих симптомів

Наступним кроком у дослідженні стало вивчення тривоги за шкалою Гамільтона (HARS) для оцінення стану наявності та глибини тривожного розладу. Дані, отримані за результатами дослідження рівня вираженості тривожної симптоматики у жінок груп ВПЖ, ДВС, ГП-ЕД, ГП-3, наведено на рис. 2.

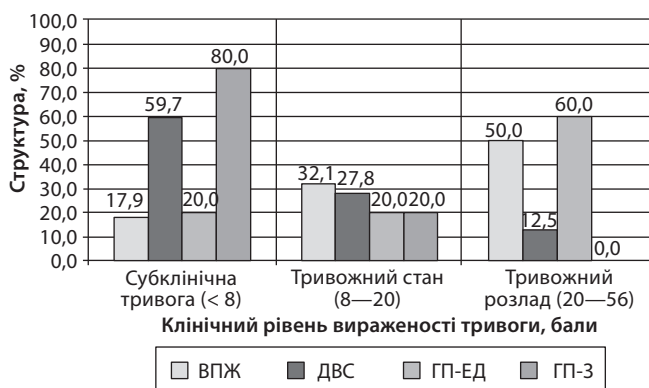


Рис. 2. Розподіл жінок груп ВПЖ, ДВС, ГП-ЕД, ГП-3 за рівнем вираженості тривоги (шкала Гамільтона, HARS)

З наведених даних видно, що загалом для жінок групи ВПЖ у 17,9 % характерним є субклінічний рівень вираженості тривожної симптоматики. Середній бал дорівнював 7 балам. Так само у ДВС субклінічний рівень вираженості тривожної симптоматики був виявлений у 59,7 % жінок. Середній бал дорівнював 5 балам. Для жінок групи ГП-ЕД

у 20,0 % випадках характерний субклінічний рівень вираженості тривожної симптоматики. Середній бал дорівнював 6 балам. Так само у групі ГП-3 субклінічний рівень вираженості тривожної симптоматики був виявлено у 80,0 % жінок. Середній бал — 4 бали ($p < 0,05$).

Виявлено, що у жінок груп ВПЖ та ДВС рівень тривожності у хворобливому стані є приблизно однаковим, що свідчить про наявність преморбідного фону (ВПЖ — 32,1 % та ДВС — 27,8 %). Отримані результати дозволяють віднести цю категорію хворих ВПЖ та ДВС у групу ризику розвитку тривожного розладу (середній бал — 17 та 19 відповідно). За аналізом клінічної картини та індивідуальних «ситуаційних» чинників у жінок діагноз тривожного розладу був виключено ($p < 0,05$).

За результатами аналізу клінічного феномену — «тривожний розлад» можна стверджувати, що він був діагностований у жінок групи ВПЖ у 50,0 % (середній бал — 42), у ДВС — у 12,5 % (середній бал — 35), у ГП-ЕД — у 60,0 % (середній бал — 41). У жінок групи ГП-3 такий стан не виявлено ($p < 0,05$).

Виявлено, що у більшості досліджених групи ВПЖ із діагнозом тривожний розлад він відповідав тривожному розладу середнього та важкого ступеня вираженості. Аналізуючи отримані дані, можна стверджувати, що жінки груп ВПЖ та ДВС при суб'єктивному оцінюванні мають схильність до «приховування» симптомів тривоги, що виявляється під час проведення об'єктивного оцінення ($p < 0,05$). Збільшення тривожного розладу у жінок групи ВПЖ зумовлено основним травмуючим чинником — «хвилюванням за власне життя й здоров'я у май-

бутньому». Хвилювання здебільшого були спрямовані на ситуацію невизначеності та труднощів життєдіяльності у зв'язку із переселенням.

З метою виявлення провідних симптомів тривожного стану та тривожного розладу досліджено їхню структуру та зустрічальність. З розподілу діагностованих симптомів тривоги за шкалою Гамільтона (HDRS) у жінок груп ВПЖ, ДВС, ГП-ЕД, ГП-3 (табл. 2) видно, що загалом у жінок груп

ВПЖ та ДВС симптоми тривоги розподілилися «відносно рівномірно». Цікавим виявився той факт, що у жінок груп ВПЖ та ДВС серед змінних «психічні» симптоми та «соматичні» симптоми тривоги розподіл був також відносно рівномірним, а саме: тривожний настрій (ВПЖ — 8,9 %; ДВС — 8,7 %), напруження (ВПЖ — 8,7 %; ДВС — 6,9 %), страх (ВПЖ — 8,6 %; ДВС — 8,7 %), депресивний настрій (ВПЖ — 10,2 %) ($p < 0,05$).

Таблиця 2. Розподіл діагностованих симптомів тривоги у жінок груп ВПЖ, ДВС, ГП-ЕД, ГП-3 (шкала Гамільтона, HARS)

Симптоми	Групи							
	ВПЖ		ДВС		ГП-ЕД		ГП-3	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Тривожний настрій	56	8,9	43	8,7	24	10,6	5	13,2
Напруження	55	8,7	34	6,9	21	9,3	5	13,2
Страх	54	8,6	43	8,7	15	6,6	—	—
Інсомнія	56	8,9	33	6,7	16	7,0	5	13,2
Інтелектуальні порушення	0	0,0	0	0,0	12	5,3	—	—
Депресивний настрій	64	10,2	44	0,0	21	9,3	—	—
Соматичні м'язові симптоми	56	8,9	43	8,7	15	6,6	3	7,9
Соматичні сенсорні симптоми	56	8,9	44	8,9	14	6,2	3	7,9
Серцево-судинні симптоми	44	7,0	42	8,5	13	5,7	4	10,5
Респіраторні симптоми	23	3,7	43	8,7	15	6,6	3	7,9
Гастроінтестинальні симптоми	55	8,7	34	6,9	14	6,2	3	7,9
Сечостатеві симптоми	34	5,4	35	7,1	13	5,7	3	7,9
Вегетативні симптоми	43	6,8	32	6,5	13	5,7	4	10,5
Поведінка під час огляду	34	5,4	23	4,7	21	9,3	—	—
Всього	630	100,0	493	91,1	227	100,0	38	100,0

Серед «соматичних симптомів» за зустрічальністю вони розподілилися таким способом: соматичні м'язові симптоми (ВПЖ — 8,9 %, ДВС — 8,7 %), соматичні сенсорні симптоми (ВПЖ — 8,9 %; ДВС — 8,9 %), серцево-судинні симптоми (ВПЖ — 7,0 %, ДВС — 8,5 %).

У жінок ГП-ЕД виявлена уся палітра тривожних симптомів що відповідало їхньому психічному стану. У ГП-3 також виявлено психічні та соматичні симптоми тривоги, проте вони були більш ситуативними та швидко зникали.

Загалом, узагальнюючи аналіз тривожних проявів у жінок, можна зазначити, що у структурі тривожних розладів діагностовано тривожно-іпохондричний та тривожно-депресивний варіанти їх прояву.

Як за клінічним змістом, так і за вираженістю тривожно-депресивної симптоматики, жінки групи ВПЖ випереджали ДВС. На нашу думку, можна говорити про наявність в них «комплексу взаємопов'язаних симптомів вимушеного переселення», що призводив до формування особливих психічних станів особистості, які характеризувалися появою в початковому періоді адаптації до змінених умов життєдіяльності комплексу значимих переживань депресивного характеру.

Також встановлено, що жінки груп ВПЖ та ДВС мали схильність до «приховування» симптомів тривоги, що виявлялося під час проведення об'єктивної оцінки ($p < 0,05$). Більша варіативність і вираженість тривожного розладу у ВПЖ зумовлено основним травмуючим чинником — «хвилюванням за власне життя й здоров'я у майбутньому». Хвилювання здебільшого були спрямовані

на ситуацію невизначеності та труднощів життєдіяльності у зв'язку із переселенням.

Отримані дані були покладені нами в основу під час розроблення комплексної диференційованої системи спеціалізованої медичної допомоги жінкам з невротичними тривожно-депресивними розладами різного психогенезу.

Список літератури

1. Гапонов К. Д. До проблеми патологічного взаємозв'язку посттравматичних стресових розладів та алкогольної залежності // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 3 (84). С. 120—121.
2. Юр'єва Н. М. Гендерноспецифічна дезадаптація соціального функціонування у жінок, хворих на параноїдну шизофренію (аналіз феномена та особливості терапії і психосоціальної реабілітації) // Там само. 2014. Т. 22, вип. 2 (79). С. 139—146.
3. Маркова М. В., Косенко К. А. Психотерапія в комплексному лікуванні жінок, хворих на параноїдну шизофренію, при різних моделях родинної взаємодії: обґрунтування, загальні підходи, специфічні особливості // Там само. 2014. Т. 22, вип. 3 (80). С. 69—73.
4. Марута Н. А. Восстановление социального функционирования — основная цель терапии депрессии / Н. А. Марута // НейроNews. 2013. № 8 (53). С. 16—20.

Надійшла до редакції 24.02.2017 р.

ШПИЛЬОВИЙ Ярослав Володимирович, асистент кафедри психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету ім. Д. Галицького, м. Львів, Україна
SHPYLOVYI Yaroslav, Assistant of the Department of Psychiatry, Psychology and Sexology of Danylo Halytsky's Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine