УДК 616.89-008.454:615.015.46]-036: 616.89-008.438.4-085.851.113

Л. В. Рахман, М. В. Маркова

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ПРОВІДНОЇ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ ТА ОСОБЛИВОСТЕЙ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНІ ДЕПРЕСІЇ

Л. В. Рахман, М. В. Маркова

Взаимосвязь ведущей клинико-психопатологической симптоматики и особенностей копинг-поведения у больных терапевтически резистентными депрессиями

L. V. Rakhman, M. V. Markova

Relationship leading psychopathology and features of coping behavior in patients with therapeutically resistant depression

В результаті проведеного комплексного дослідження хворих на терапевтично резистентні депресії (ТРД) виокремлено клініко-психопатологічну структуру та ідентифіковано варіанти депресивного синдрому: тривожний (ажитований), тужливий (меланхолійний), сенесто-іпохондричний, апатико-адинамічний, астено-анергічний та обсесивно-депресивний. Також встановлено, що характер домінуючого афективного компонента депресивного синдрому при ТРД детермінує тип копінг-поведінки, яка є загалом дезадаптивною.

Ключові слова: терапевтично резистентні депресії, клінічні особливості, психопатологічна характеристика, копінг-поведінка

В результате проведенного комплексного исследования больных с терапевтически резистентными депрессиями (ТРД) была выделена клинико-психопатологическая структура и идентифицированы варианты депрессивного синдрома: тревожный (ажитированный), тоскливый (меланхолический), сенесто-ипохондрический, апатико-адинамический, астено-анергичный и обсессивно-депрессивный. Также установлено, что характер доминирующего аффективного компонента депрессивного синдрома при ТРД детерминирует тип копинг-поведения, которое в общем является дезадаптивным.

Ключевые слова: терапевтически резистентные депрессии, клинические особенности, психопатологическая характеристика, копинг-поведение

As a result of a comprehensive complex study of patients with therapeutically resistant depression (TRD) it was singled clinical psychopathological structure and identified variants of depressive syndrome: anxiety (agitated), melancholy, senesto-hypochondriac, apatho-adynamic, asthe-no-anergic and obsessive-depressive. Also was found that the character of dominant affective component of depressive syndrome is determines the type of coping behavior which is generally maladaptive.

Keywords: therapeutically resistant depression, clinical features, psychopathological characteristics, coping behavioral

Збільшення поширеності депресивних розладів в структурі психіатричної патології на сьогоднішній день є беззаперечним [1]. Водночас поряд із цим простежується зростання резистентних до проведеної терапії депресій, їх частка становить близько 30—60 % від усіх депресивних станів [2]. Така ситуація негативним чином відображається на якості життя самих пацієнтів, можливості їх адаптації на рівні особистісного і соціального функціонування. За даними багатьох джерел відомо, що для терапевтично резистентних депресій (ТРД) властива атиповість та поліморфізм клінічної картини, структурна складність депресивної симптоматики, наявність гетерогенних включень, стертість, монотонність і ригідність, які посилюються при повторних епізодах, соматизація психопатологічних проявів [3]. Перебіг ТРД в більшості випадків є дуже тривалим, з розвитком вираженої соціальної дезадаптації, що стає відчутною соціально-економічною проблемою [4, 5]. Резистентні депресії, як правило, характеризуються важкістю або втратою здатності хворим описати власні емоційні переживання і зрозуміти почуття інших людей, труднощами у визначення відмінностей між емоційними процесами та тілесними відчуттями,

© Рахман Л. В., Маркова М. В., 2015

фіксацією на зовнішніх подіях на шкоду внутрішнім переживанням [6, 7]. Обмеження можливості розуміти себе, значний дефіцит рефлексії є поштовхом до формування хибної ментальної моделі функціонування та вибору неадаптивних стратегій, спрямованих на усунення або зменшення сили впливу стресогенного чинника на особистість (копінг-стратегії) та в підсумку стає значною перешкодою в ефективному лікуванні пацієнтів з ТРД [8].

Принципова схема реагування на стресор у копінг-поведінці містить у собі когнітивні оцінки (первинні й вторинні), а також емоційно-оцінювальні реакції. Первинна оцінка стресора надає йому спочатку певний знак, внаслідок чого подія оцінюється за трьома типами: позитивна, негативна або як нейтральна. Потім, виходячи з первинної когнітивної оцінки події, відбувається неусвідомлюване включення емоційно-оцінювальних реакцій, які є підконтрольними когнітивній оцінці. Після включення емоційної оцінки формується певний керований психічний стан (в умовах якого здійснюється відповідна поведінка). На третьому етапі реагування на стресор включається вторинна когнітивна оцінка, яка, за механізмом організації зворотного зв'язку, або схвалює первинну оцінку й діяльність на його ґрунті (при цьому можливе деяке корегування психічного стану й поведінки), або, якщо діяльність і психічний стан оцінюються як неправильні, виконує функції психологічного захисту [9—11].

Виходячи з особливостей клінічної картини ТРД, виокремлюють декілька клініко-психопатологічних варіантів: тривожно-депресивний, меланхолічний, депресивно-іпохондричний, депресивно-обсесивний, депресивно-деперсоналізаційний, депресивно-анергічний [2, 4]. За даними сучасних досліджень, багато авторів вказують на наявність резидуальної симптоматики в періоді ремісії ТРД, що прямо корелює із домінуванням провідного афективного компонента в розгорнутій стадії [4]. Базуючись на вищенаведених даних, нами було сформульовано гіпотезу про можливий вплив провідного афективного компонента в структурі депресивного синдрому на формування копінг-стратегій у хворих із ТРД.

Таким чином, метою нашого дослідження було вивчення клініко-психопатологічних особливостей ТРД та їх взаємозв'язку із формуванням копінг-поведінки у хворих із ТРД. В процесі виконання даної роботи нами використовувалися такі методи: клініко-психопатологічний, психодіагностичний, статистичний.

Для досягнення поставленої мети, за умови усвідомленої добровільної згоди, було обстежено 74 хворих віком 23—44 роки із депресивними розладами, що характеризувалися резистентністю до проведеного лікування (депресію вважали резистентною, якщо впродовж двох послідовних курсів (по 3—4 тижні) адекватної монотерапії фармакологічно різними препаратами відмічалася відсутність або недостатність клінічної ефективності (редукція симптоматики за шкалою Гамільтона становила менш ніж 50 %). За нозологічною характеристикою (відповідно до критеріїв МКХ-10) група обстежуваних була представлена таким чином: біполярний афективний розлад, депресивний епізод різного ступеня важкості (F31.3 — F31.5) — 35 пацієнтів (47,3 %), з них — 12 чоловіків (16,2 %) та 23 жінки (31,1 %); рекурентний депресивний розлад (F33) — 39 пацієнтів (52,7 %), з них — 18 (24,3 %) чоловіків, жінок — 21 (28,4 %). На момент обстеження хворі із ТРД перебували на стаціонарному лікуванні в Комунальному закладі «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня». Скринінг та інтерв'ю проводили після встановлення ознак резистентності депресивної симптоматики до проведеної терапії (II—IV тижні стаціонарного лікування). Критеріями виключення із дослідження були наявність в анамнезі або ж на момент обстеження неврологічних розладів, органічного ураження головного мозку, розумової відсталості.

З метою стандартизованої оцінки клінічних проявів депресивного розладу і ступеня його вираженості використовували шкалу Гамільтона — HAMD-21 (Hamilton M., 1960). Для ідентифікації індивідуальних копінг-стратегій нами була використана «Методика визначення індивідуальних копінг-стратегій» Е. Хайма [10], згідно з якою проводиться оцінювання 26 варіантів копінг-стратегій, класифікованих за трьома типами: когнітивний, емоційний і поведінковий. В кожному з цих типів виокремлюють адаптивні, відносно адаптивні та неадаптивні варіанти копінг-стратегій. Адаптивними варіантами серед когнітивних копінг-стратегій є «проблемний аналіз», «настанова власної цінності», «збереження самовладання» — форми поведінки, спрямовані на аналіз труднощів, що виникли, і можливих шляхів виходу з них, підвищення самооцінки і самоконтролю, більш глибоке усвідомлення власної цінності як особистості, наявність віри у власні ресурси в подоланні важких ситуацій; серед емоційних копінг-стратегій: «протест», «оптимізм» — емоційний стан з активним обуренням і протестом щодо труднощів і впевненістю в наявності виходу в будь-якій, навіть найскладнішої, ситуації; серед поведінкових копінг-стратегій: «співпраця», «звернення», «альтруїзм», під якими розуміється така поведінка особистості, при якій вона набирає співпрацю зі значимими (більш досвідченими) людьми, шукає підтримки у найближчому соціальному оточенні або сама пропонує її близьким у подоланні труднощів.

Неадаптивними варіантами серед когнітивних копінг-стратегій визначені: «смиренність», «розгубленість», «диссимуляция», «ігнорування» — пасивні форми поведінки з відмовою від подолання труднощів через невір'я в свої сили та інтелектуальні ресурси, з умисною недооцінкою неприємностей; серед емоційних копінг-стратегій: «придушення емоцій», «покірність», «самозвинувачення», «агресивність» — варіанти поведінки, які характеризуються пригніченим емоційним станом, безнадійністю, покірністю, переживанням злості і покладанням провини на себе й інших; серед поведінкових копінг-стратегій: «активне уникнення», «відступ» — поведінка, що передбачає уникнення думок про неприємності, пасивність, самотність, ізоляція, прагнення піти від активних інтерперсональних контактів, відмова від вирішення проблем.

Відносно адаптивними варіантами копінг-поведінки, конструктивність яких залежить від значимості і вираженості ситуації подолання, автором визначені такі: серед когнітивних копінг-стратегій — «відносність», «додача сенсу», «релігійність», тобто форми поведінки, спрямовані на оцінювання труднощів у порівнянні з іншими, надання особливого сенсу їх подолання, віра в Бога і стійкість у вірі при зіткненні зі складними проблемами; серед емоційних копінг-стратегій — «емоційна розрядка», «пасивна кооперація», — поведінка, спрямована або на зняття напруження, емоційне відреагування, або на передачу відповідальності за розв'язання труднощів іншим особам; серед поведінкових копінг-стратегій — «компенсація», «відволікання», «конструктивна активність», тобто поведінка, що характеризується прагненням до тимчасового відходу від вирішення проблем за допомогою алкоголю, лікарських засобів, занурення в улюблену справу, подорожі, виконання своїх заповітних бажань. Використовується

переважно якісно-змістовний аналіз відповідей. У ключі кожне твердження пов'язане з певною копінг-стратегією. Якщо опитуваний вибирає конкретне твердження як найбільш звичне для себе, передбачається, що відповідна копінг-стратегія буде для нього типовою. Отримані відповіді аналізують якісно за схемою, запропонованою Е. Хаймом: визначення конкретного типу копінгу, характерного для респондента; аналіз задіяного механізму копінга; оцінювання ступеня адаптивності бажаних стратегій; загальна характеристика поведінки респондента.

Під час аналізу отриманих в ході дослідження результатів було встановлено, що тривалість перебігу ТРД становила 7,2 ± 1,4 роки із загальною тривалістю захворювання 18,4 ± 6,1 роки. Середній вік маніфесту депресивного розладу становив 21,3 ± 1,4 роки, маніфестація резистентності виявлялася в середньому в 26,3 ± 2,2 роки. Тривалість епізоду ТРД в обстежуваних пацієнтів складала в середньому 8,2 ± 1,6 місяців, кількість перенесених епізодів депресії до розвитку резистентності становила 3,3 ± 0,6.

Клініко-психопатологічна характеристика депресивного синдрому в структурі ТРД подана в табл. 1.

Таблиця 1. **Клініко-психопатологічна характеристика ТРД**

Характер депресивного синдрому	Нозологічна форма			
	Біполярний афективний розлад, депресивний епізод F31.3 — F31.5		Рекурентний депресивний розлад, F33	
	абс.	%	абс.	%
Тривожний (ажитований)	8	10,8	7	9,5
Тужливий (меланхолійний)	6	8,1	7	9,5
Сенесто-іпохондричний	4	5,4	5	6,7
Апатико-адинамічний	7	9,5	8	10,8
Астено-анергічний	4	5,4	6	8,1
Обсесивно-депресивний	6	8,1	6	8,1
Всього	35	47,3	39	52,7

Ідентифікацію індивідуальних копінг-стратегій в залежності від клініко-психопатологічного варіанту депресивного синдрому при ТРД проілюстровано в табл. 2.

Таблиця 2. **Індивідуальні копінг-стратегії в залежності від клініко-психопатологічного варіанту депресивного синдрому при ТРД**

Характер депресивного синдрому	Варіанти копінг-поведінки								
	Когнітивні			Емоційні			Поведінкові		
	А	ВА	НА	А	ВА	НА	А	ВА	НА
Тривожний (ажитований)	—	1 (1,3 %)	2 (2,7 %)	—	1 (1,3 %)	6 (8,1 %)	—	1 (1,3 %)	4 (5,4 %)
Тужливий (меланхолійний)	—	1 (1,3 %)	4 (5,4 %)	—	2 (2,7 %)	4 (5,4 %)	—	1 (1,3 %)	1 (1,3 %)
Сенесто-іпохондричний	—	—	4 (5,4 %)	—	1 (1,3 %)	2 (2,7 %)	—	—	2 (2,7 %)
Апатико-адинамічний	—	—	5 (6,7 %)	—	—	5 (6,7 %)	—	1 (1,3 %)	4 (5,4 %)
Астено-анергічний	—	—	2 (2,7 %)	—	1 (1,3 %)	4 (5,4 %)	—	1 (1,3 %)	2 (2,7 %)
Обсесивно-депресивний	—	—	4 (5,4 %)	—	1 (1,3 %)	4 (5,4 %)	—	1 (1,3 %)	2 (2,7 %)
Всього	—	2 (2,7 %)	21 (28,3 %)	—	6 (8,1 %)	25 (33,7 %)	—	5 (6,7 %)	15 (20,2 %)

Примітка. А — адаптивна, ВА — відносно адаптивна, НА — неадаптивна модель копінг-поведінки

Аналіз отриманих даних засвідчив, що при ТРД абсолютно переважають неадаптивні моделі копінг-поведінки, в основному, за когнітивним та емоційним типом. Серед когнітивних — це такі моделі, як розгубленість (40 %) та примирення (26,7 %), серед емоційних — покірність (40,0 %), самозвинувачення (33,4 %), пригніченість емоцій (13,3 %). Суттєву частку складають також неадаптивні поведінкові стратегії, які виявляються в основному у вигляді активного уникання (46,6 %) та відступу (26,7 %).

Пацієнти із тривожним (ажитованим) та тужливим (меланхолійним) варіантами депресивного синдрому в структурі ТРД демонстрували вибір відносно адаптивних моделей копінг-поведінки у 3,9 % та 5,3 %, відповідно.

Для тривожного (ажитованого) варіанту ТРД характерним є емоційний тип неадаптивної копінг-стратегії (покірність — 26,0 %, самозвинувачення — 31,6 %).

При тужливому (меланхолійному) варіанті ТРД стрес-долаюча поведінка визначається когнітивним та емоційним типом (розгубленість — 22,8 %, примирення — 37,1 %, покірність — 33,5 %).

Прояви сенесто-іпохондричного депресивного синдрому формували переважання когнітивного типу копінг-поведінки із розгубленістю — 39,2 %, ігноруванням — 25,7 %.

Розгубленість (42,2 %), примирення (34,6 %), придушення емоцій (38,4 %) домінували при апатико-адинамічному варіанті ТРД.

Астено-анергічна депресія в структурі ТРД поєднувалася із емоційним типом неадаптивної копінг-поведінки у вигляді покірності (42,7 %), самозвинувачення (28,3 %), придушення емоцій (25,5 %).

Обсесивно-депресивна симптоматика обумовлювала вибір пацієнтів на користь когнітивної та емоційної моделі неадаптивної стрес-долаючої поведінки (розгубленість — 42,8 %, диссимуляція — 24,1 %, самозвинувачення — 20,7 %, агресивність — 18,4 %).

Таким чином, в ході проведеного дослідження встановлено, що складна психопатологічна структура, полімодальність афективних проявів суттєвим чином впливають на рівень адаптації пацієнтів із ТРД. Ідентифікація індивідуальних копінг-стратегій при ТРД засвідчила вибір дезадаптивних її форм.

Аналіз клініко-психопатологічної структури депресивного синдрому при ТРД засвідчив, що домінування провідного афективного компонента визначає варіант копінг-поведінки за когнітивним, емоційним або ж поведінковим типом.

Список літератури

1. Марута Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / Н. О. Марута // Нейро News. — 2010. — № 5 (24). — С. 83—90.

2. Быков Ю. В. Депрессии и резистентность / Быков Ю. В., Беккер Р. А., Резников М. К. — М.: РИОР; ИНФРА-М, 2013. — 374 с.

3. Марута Н. А. Диагностика и терапия униполярных депрессий в современных условиях: мифы и реальность / Н. А. Марута // Нейро News. — 2013. — № 2 (47). — С. 20 — 27.

4. Дикая Т. И. Клинико-психопатологические особенности и динамические аспекты затяжных и хронических эндогенных депрессий / Т. И. Дикая // Вестник Российской АМН. — 2011. — № 4. — С. 19—25.

5. Бондарь В. В. Клинические особенности и типологическое деление резистентных к терапии эндогенных депрессий / В. В. Бондарь // Журнал невропатологии и психиатрии. — 1992. — Т. 92. — № 1. — С. 84—88.

6. Кутько И. И. Резистентные состояния при психофармакотерапии аффективных расстройств: предпосылки формирования, квалификация, терапия / И. И. Кутько, В. Д. Мишиев, К. Т. Згурская // Архив психиатрии. — 2004. — Т. 10. — № 1. — С. 196—199.

7. Souery D. Treatment-resistant depression / D. Souery, G. I. Papakostas, M. H. Trivedi // J Clin Psychiatry. — 2006. — Vol. 67 (suppl. 6). — P. 16—22.

8. Голоденко О. Н. Социально-психологическая адаптация больных рекуррентными депрессивными расстройствами / О. Н. Голоденко // Архив психиатрии. — 2010. — Т. 16. — № 1 (60). — С. 33—36.

9. Сімак А. А. Реалізація копінг-поведінки в період нормативної кризи / А. А. Сімак // Наукові записки [Національного університету «Острозька академія»] : зб. наук. праць. Серія «Психологія та педагогіка». — Острог: Національний університет «Острозька академія», 2009. — Вип. 13. — С. 434—447.

10. Heim E. Coping-based intervention strategies. / E. Heim // Patient Education and Counseling. — 1995. — Vol. 26. — P. 145—151.

11. Williams K. Coping Strategies in Adolescents / K. Williams, A. McGillicuddy-De Lisi // Journal of Applied Developmental Psychology. — 2000. — Vol. 20(4). — P. 537—554.

Надійшла до редакції 26.02.2015 р.

РАХМАН Людмила Володимирівна, кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, м. Львів; e-mail: rakhman@polynet.lviv.ua

МАРКОВА Маріанна Владиславівна, доктор медичних наук, професор, професор кафедри сексології і медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків; e-mail: mariannochka@i.ua

RAKHMAN Lyudmyla, MD, PhD, Associated Professor of Department of Psychiatry, Psychology and Sexology of Lviv National Medical University named Danylo Halytskiy, Lviv, e-mail: rakhman@polynet.lviv.ua

MARKOVA Marianna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of Department of Sexology and Medical Psychology of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv; e-mail: mariannochka@i.ua