

*А. Т. Яцина*  
**ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ У МУЖЧИН**

*А. Т. Яцина*  
**ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ ТЕРАПІЇ ДЕПРЕСІЙ У ЧОЛОВІКІВ**

*A. T. Yatsyna*  
**GENDER ASPECTS OF DEPRESSION TREATMENT IN MEN**

На основании результатов комплексного исследования по изучению патогенеза, клинико-психопатологических особенностей и механизмов формирования депрессивных расстройств у мужчин разработана программа их терапии, основанная на учете гендерной специфики их проявлений и формирования. В основу предложенной программы терапии положены гендерно ориентированный и дифференцированный принципы, позволяющие учитывать гендерную специфичность депрессий различных нозологических групп. Описаны основные этапы, средства и методы реализации предложенной программы. Представлены результаты апробации данной программы, доказывающие ее эффективность.

**Ключевые слова:** депрессивные расстройства у мужчин, депрессивный эпизод, депрессивная реакция, гендерные особенности, критерии диагностики, программа терапии

На підставі результатів комплексного дослідження з вивчення патогенезу, клініко-психопатологічних особливостей і механізмів формування депресивних розладів у чоловіків розроблена програма їх терапії, заснована на врахуванні гендерної специфіки їх проявів та формування. В основу запропонованої програми терапії покладено гендерно орієнтований та диференційований принципи, які дозволяють враховувати гендерну специфічність депресій різних нозологічних груп. Описано основні етапи, засоби та методи реалізації запропонованої програми. Подано результати апробації даної програми, що доводять її ефективність.

**Ключові слова:** депресивні розлади, депресивний епізод, депресивна реакція, гендерні особливості, критерії діагностики, програма терапії

It was conducted an integrated research on the pathogenesis, clinical and psychopathological characteristics and mechanisms of depressive disorders in men. According to the results of this research there was developed the treatment program based on gender-associated displays and their formation. The basis of the proposed treatment program is presented by the gender-oriented and differentiated principles, which allow to take into account the gender specificity of depressions of different nosological groups. There have been described the main stages, the tools and the methods of implementation of the proposed program. The results of the program approbation, proving its efficiency, are provided.

**Keywords:** depressive disorders in men, depressive episode, depressive reactions, gender characteristics, diagnostic criteria, treatment program

Одним из наиболее актуальнейших медико-социальных вопросов на сегодняшний день остается проблема повышения эффективности терапии депрессивных расстройств. Перспективным направлением в разработке данного вопроса является персонификация лечебных стратегий и программ, учитывающая всевозможное разнообразие факторов, участвующих в формировании депрессивной симптоматики [3, 4, 7, 11]. В качестве одного из таких факторов выступает гендерная специфика формирования и протекания депрессивных расстройств.

Предполагается, что различия депрессий у мужчин и женщин обусловлены констелляцией генетических, гормональных и психосоциальных факторов, которые определяют специфику клинических и патопсихологических проявлений, что, в свою очередь, требует их учета в ходе лечебно-диагностического процесса [1, 12, 13].

Вышеизложенное и определило цель данной работы — разработать принципы терапии и критерии диагностики депрессий у мужчин на основе изучения их клинико-психопатологических и патопсихологических механизмов формирования.

В исследовании приняли участие 117 мужчин с депрессивными расстройствами различного генеза: 62 больных с расстройством адаптации, пролонгированной депрессивной реакцией (F43.21) и 55 больных с аффективным расстройством, депрессивным эпизодом легкой — средней степени тяжести (F32.0, F32.1), которые составили основную группу обследованных. В качестве контрольной группы в исследовании участвовало 98 женщин с аналогичными формами депрессивных рас-

стройств: 51 женщина с депрессивной реакцией (F43.21) и 47 женщин с депрессивным эпизодом (F32.0 — 32.1).

Для реализации цели использованы следующие методы: клинико-психопатологический метод (сбор жалоб, анамнеза, оценка симптомов и синдромов в динамике), дополненный применением шкалы депрессии Гамильтона (HDRS) [8]; психодиагностический метод (характерологический опросник К. Леонгарда — Шмишека [5], опросник Басса — Дарки [2], тест оценки психологического пола личности [6], методика изучения ценностных ориентаций [9], методика исследования уровня и типа комплайенса [10]), а также методы статистической обработки полученных данных.

На основании полученных в исследовании современных данных о гендерных различиях в патогенезе, клинике и патопсихологических механизмах формирования депрессий были разработаны основные принципы и программа терапии депрессивных расстройств у мужчин.

Основополагающим принципом при разработке данной программы терапии выступал принцип гендерно обусловленного подхода, который подразумевал использование методик и средств терапии в зависимости от гендерных особенностей формирования, течения и клиники депрессии у мужчин, выступающих основными мишенями терапии.

Вторым важным принципом предложенной системы терапии служил принцип дифференцированного подхода. Согласно этому принципу разработка программ лечения депрессивных расстройств проводилась с учетом особенностей патогенеза, клиники и патопсихологических механизмов различных по генезу (эндогенных, экзогенных) депрессий у мужчин (таблица).

Гендерно обусловленные особенности клинических проявлений депрессий у мужчин

Дифференцируемые критерии	Аффективное расстройство, депрессивный эпизод легкой — средней степени тяжести (F32.0 — 32.1)	Расстройство адаптации, пролонгированная депрессивная реакция (F43.21)
<b>Возрастные и общесоциальные факторы</b>		
Характер труда	Нет	Умственный характер труда; Статус пенсионера
<b>Факторы анамнеза</b>		
Наследственная отягощенность психическими расстройствами и алкогольной зависимостью	Аффективными расстройствами; Алкогольной зависимостью	Нет
Воспитание в неполной семье	Да	Нет
Патология беременности и родов	Нет	Да
Коморбидная соматическая патология	Мочеполовой системы	Желудочно-кишечного тракта; Бронхолегочной системы
Коморбидная психическая патология и алкогольная зависимость	Расстройства личности	Алкогольная зависимость
<b>Конституциональные особенности личности и социально-психологические факторы формирования депрессии</b>		
Преморбидные личностные особенности (опросник К. Леонгарда — Шмишека)	Дистимические личностные особенности в степени акцентуации	Педантические личностные особенности в степени акцентуации; Аффективно-ригидные особенности личности с тенденцией к акцентуации
Фактор «маскулинность-феминность» (тест Репиной Л. П.)	Маскулинные личностные особенности	Личностные особенности недифференцированного психологического пола
Формы агрессивного поведения (опросник Басса — Дарки)	Аутоагрессия	Негативизм
Социально-психологические факторы:	Одиночество и неудовлетворенная потребность в любви	Угроза или потеря социального статуса; Сексуальные проблемы; Безработица (страх безработицы); Уход на пенсию (перспектива увольнения в связи с пенсионным возрастом)
Потребность в реализации общечеловеческих ценностей (методика Фанталовой Е. Б.)	«Любовь»; «Уверенность в себе»	«Свобода и независимость в поступках и действиях»; «Активная деятельная жизнь»; «Интересная работа»
<b>Особенности клиники депрессивного расстройства</b>		
Ведущий вариант депрессии	Тоскливый; Апато-динамический	Обсессивный
Расстройства мышления	Чувство вины; Идеи малоценности; Мысли о смерти и самоубийстве, суицидальное решение, намерение	Трудности в принятии решений; Навязчивые мысли
Расстройства когнитивных функций	Нет	Ригидность мышления
Расстройства поведения	Нет	Обсессивно-компульсивные; Ананкастные
Эмоциональные расстройства	Тоска, суточные колебания настроения, ангедония, безразличие	Горе, печаль, страх, тревога
Соматовегетативные расстройства	Снижение массы тела; Запоры	Нарушения мочевыделительной системы; Сексуальные нарушения
<b>Особенности комплайенса (методика Шестопаловой Л. Ф., Лесной Н. Н.)</b>		
Уровень комплайенса	Низкий	Частичный
Тип комплайенса	Пассивный	Формальный
<b>Патопсихологический механизм формирования</b>		
Механизм	Конституционально-обусловленный	Конституционально-реактивный

Как показали результаты исследования, формирование депрессивных расстройств у мужчин — сложный и многогранный процесс, включающий в себя биологические факторы (конституциональные особенности, состояние центральной нервной системы и соматической сферы); психические факторы (состояние поведенческой, когнитивной и эмоциональной сфер); социально-психологические факторы (особенности личности, состояния микро-, макросоциальной адаптации).

Поэтому в предложенной программе лечения предлагается использовать средства терапии сразу по всем основным патогенетическим механизмам формирования этих расстройств у мужчин.

Первое направление — биологическое. При этом используются медикаментозные (антидепрессанты, транквилизаторы, нейролептики, седативные средства, снотворные, ноотропы, стимуляторы, сосудистые протекторы, витамины и т. д.) и немедикаментозные (физиотерапевтические, аппаратные, рефлексотерапевтические и т. д.) средства, способствующие устранению биологических причин формирования депрессий и их психопатологических проявлений.

Второе направление — психологическое. На этом направлении используются психологические и психотерапевтические методы, способствующие коррекции индивидуально-личностных особенностей, в том числе особенностей проявлений раннего психофизического развития (психологические защиты, опыт разрешения кризисных ситуаций и т. д.). На этом этапе формируются новые более адаптивные формы поведения, эмоционального и когнитивного реагирования.

Третье направление — социальное. На этом направлении с помощью психотерапевтических и социотерапевтических (социально-психологических, социально-средовых, социально-бытовых) методов осуществляется микро- и макросоциальная реадaptация личности.

Все вышеперечисленные направления комплексно лечения депрессий у мужчин осуществляются в три этапа: I этап — неотложной психиатрической (суицидологической) помощи и расширенной диагностики; II этап — базисного лечения; III этап — поддерживающего лечения и профилактических мероприятий.

**На этапе неотложной психиатрической помощи** и расширенной диагностики осуществляется купирование острых проявлений депрессивного расстройства и детальная диагностика психического и соматического состояния здоровья, индивидуально-личностных особенностей, социально-психологического и профессионального статуса пациентов.

Купирование острых проявлений депрессии осуществляется за счет сочетанного использования медикаментозной терапии и психотерапии. В качестве медикаментозной терапии используются **антидепрессанты** первой линии терапии: агомелатин (25—50 мг/сут), сертралин (50—200 мг/сут), венлафаксин (75—375 мг/сут); **транквилизаторы** (алпразолам (до 5 мг/сут), или диазепам (до 20 мг/сут) курсом до 7—10 дней); **нейролептики** (в случаях резистентности к терапии антидепрессантами и транквилизаторами — хлорпротиксен (до 75 мг/сут) или тиоридазин («сонапакс») (до 100 мг/сут) в течение 3—7 дней. При использовании нейролептиков транквилизаторы не применяются.

Психотерапевтическое лечение на данном этапе включает проведение индивидуальной психотерапии, задачами которой являются: установление терапевтического контакта, формирование терапевтического

альянса и конструктивного комплайенса; выявление и коррекция дезадаптивных установок, расширение адаптивных возможностей (тренинг неапробированных способов адаптации, выработка навыков самоконтроля и самокоррекции), кратким курсом в 10 консультативных встреч.

**На этапе базисного лечения** методы терапии подбираются с учетом гендерно обусловленных особенностей патогенеза, суицидогенеза, клиники, патопсихологических механизмов формирования различных форм депрессивных расстройств у мужчин, коморбидной психической и соматической патологии.

При депрессивном эпизоде в качестве медикаментозной терапии использовали **антидепрессанты** (курсом до 6 мес.): циталопрам (до 40 мг/сут при меланхолическом варианте депрессии, сопутствующих сексуальных расстройствах, у пожилых или ослабленных больных мужчин, при сопутствующих заболеваниях сердечно-сосудистой системы (ССС) с нарушениями ритма); сертралин (до 50—100 мг/сут при апато-адинамическом варианте депрессии); венлафаксин (до 175 мг/сут при меланхолическом варианте депрессии с выраженными суицидальными тенденциями); миртазапин (до 60 мг/сут) (предпочтительно при меланхолическом варианте депрессии с выраженными тревожными проявлениями, сопутствующей соматической патологией, исключая гепатобилиарную). А также применение **нейролептиков** (при выраженных аутоагрессивных тенденциях, курсом до 15—30 дней) — рисперидон (до 2—4 мг/сут); **средств, улучшающих мозговой метаболизм** (курсом до 2-х мес.): пирацетам (до 2400 мг/сут) или цитиколин (до 1000 мг/сут); **стабилизаторов настроения** — вальпроевая кислота (до 600 мг/сут) или ламотриджин (до 75 мг/сут).

Из психотерапевтических методов на данном этапе (курсом до 1-го месяца, с частотой сеансов 3—4 раза в неделю) применяется индивидуальная краткосрочная психодинамическая психотерапия, направленная на осознание подсознательных факторов формирования депрессии и суицидального поведения, связанных с проблемами раннего детства (неполная семья, особенности воспитания и взаимоотношений с родителем, кризисы и конфликты в раннем детстве и т. д.); индивидуальная когнитивная психотерапия (с переходом на третий этап терапии), направленная на осознание ошибочных умозаключений и когнитивных искажений, связанных с конституциональными особенностями дистимического пола; когнитивно-поведенческая терапия (метод наводнения, контроля последствий, моделирующего поведения) (с переходом на третий этап терапии), направленная на выработку новых форм когнитивного и поведенческого реагирования.

При пролонгированной депрессивной реакции в качестве медикаментозной терапии применялись **антидепрессанты** (курсом до 6 мес.): эсциталопрам (до 15 мг/сут) — при сопутствующих тревожных, тревожно-фобических расстройствах; флувоксамин (до 250 мг/сут) — при выраженных сопутствующих обсессивно-компульсивных расстройствах, сексуальной дисфункции и у мужчин пожилого возраста и сочетанной соматической патологией; пароксетин (до 50 мг/сут) — предпочтительно при сопутствующих обсессивно-компульсивных расстройствах, заболеваниях ССС с нарушениями ритма; сертралин (до 150 мг/сут) — у мужчин пожилого возраста с сочетанной соматической патологией; миансерин (до 60 мг/сут) — при сопутству-

ющих тревожных, тревожно-фобических расстройств; **транквилизаторы** (дополнительно к антидепрессантам при выраженных обсессивно-фобических расстройствах, курсом до 20 дней) — алпрозолам (до 6 мг/сут) или диазепам (до 30 мг/сут); **нейролептики** (при выраженных аутоагрессивных тенденциях и некупируемых транквилизаторами обсессивно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройствах, курсом до 30 дней): рисперидон (до 2—4 мг/сут); средства, улучшающие мозговую метаболизм (курсом до 2-х месяцев) — пирacetам (до 2400 мг/сут) или цитиколин (до 1000 мг/сут), а также средства лечения хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, бронхолегочной системы и алкогольной зависимости (по показаниям).

В качестве психотерапевтических методов (курсом до 1-го месяца, с частотой сеансов 3—4 раза в неделю) использовали клиент-центрированную психотерапию, направленную на осознание факторов формирования депрессии, связанных с личностными особенностями (недифференцированный психологический пол личности, педантическая и аффективно-ригидная акцентуация, негативистическая форма реагирования), коррекцию негативных установок и неадаптивных поведенческих форм реагирования, связанных с данными личностными особенностями; когнитивно-бихевиорально-аналитическую психотерапию по Д. Мак-Каллоу, направленную на формирование новых форм когнитивного и поведенческого реагирования (расширяющих свободу и независимость в поступках и действиях) и компенсаторных механизмов, способствующих адаптации больного к процессам старения и снижению физиологических и социально-психологических ресурсов (для мужчин пенсионного, предпенсионного возраста и вышедших на пенсию с выраженными потребностями в активной деятельности, интересной работе, сохранении прежнего социального статуса), а также методы рационально-эмоциональной поведенческой терапии по А. Эллис, направленной на переориентацию психологических установок с нереализуемых жизненных целей и смыслов на доступные.

На этапе поддерживающего лечения и профилактических мероприятий проводится противорецидивное лечение аффективной и коморбидной (психической и соматической) патологии за счет использования медикаментозных средств второго этапа программы лечения депрессий (после корректировки доз для проведения поддерживающей терапии); психотерапевтических методов (к психотерапевтическим методам, используемым на втором этапе терапии депрессий присоединяется проведение групповых форм работы в виде психотерапевтической группы с акцентом на групповом тренинге с отработкой новых способов и механизмов реагирования (для мужчин с пролонгированной депрессивной реакцией) и логотерапии, направленной на осознание ценностей и формирование смыслов жизни (для мужчин с депрессивным эпизодом). Психотерапевтическая работа проводится 2 раза в неделю, курсом от 2-х до 4-х мес.

В апробации разработанной программы лечения депрессий, основанной на гендерно ориентированных подходах, участвовало 65 мужчин с депрессивной патологией (основная группа). Контрольная группа состояла из 52 мужчин с депрессивными расстройствами, прошедшими курс традиционной терапии депрессий.

Основным критерием, оценивающим эффективность разработанной программы лечения депрессий у мужчин, была динамика психического состояния больных.

Согласно полученным данным, в основной группе больных, после использования разработанной программы терапии депрессий, у 72,3 % больных зарегистрировано выздоровление, тогда как в контрольной группе больных, после использования традиционных форм лечения — только у 48,1 % больных (при  $p < 0,05$ ). Следует также отметить, что в контрольной группе больных в 26,9 % случаев отмечено отсутствие позитивной динамики психического состояния и в 15,4 % случаев отмечено ухудшение психического состояния. В основной группе отсутствие позитивной динамики психического состояния отмечено только в 12,3 % случаев (при  $p < 0,01$ ), а ухудшение психического состояния — в 7,7 % случаев (при  $p < 0,05$ ).

Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности разработанной программы терапии, что позволяет рекомендовать ее к широкому внедрению в психиатрическую практику.

#### Список литературы

1. Берадзе, Т. И. Женщины и депрессия [Электронный ресурс] / Т. И. Берадзе // *Нейро News*. — 2011. — № 4(31). — Режим доступа : <http://www.neuro.health-ua.com/article/478.html>
2. Дьяконов, И. Ф. Психологическая диагностика в практике врача [Текст] / И. Ф. Дьяконов, Б. В. Овчинников. — М.: СпецЛит, 2008. — 144 с.
3. Кожина, А. М. Современные подходы к терапии депрессивных расстройств [Текст] / А. М. Кожина, Л. М. Гайчук // *Український вісник психоневрології*. — 2010. — Т. 18, вип. 3(64). — С. 129.
4. Марута, Н. А. Диагностика и терапия униполярных депрессий в современных условиях: мифы и реальность [Текст] / Н. А. Марута // *Независимый психиатрический журнал*. — 2012. — IV. — С. 8—15.
5. Овчинников, Б. В. Психическая предпатология превентивная диагностика и коррекция [Текст] / Б. В. Овчинников, И. Ф. Дьяконов, Л. В. Богданова. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2010. — 368 с.
6. Репина, Л. П. Гендерная история: проблемы и методы исследования [Текст] / Л. П. Репина // *Новая и новейшая история*. — 1999. — № 6. — С. 41—58.
7. Ротштейн, В. Г. Эпидемиология депрессий [Текст] / В. Г. Ротштейн, М. Н. Богдан, С. А. Долгов // *Аффективные расстройства. Междисциплинарный подход: науч. сб.* — СПб., 2009. — С. 52—64.
8. Смулевич, А. Б. Депрессии в общей медицине : руководство для врачей [Текст] / А. Б. Смулевич. — М.: Медицинское информационное агентство, 2007. — 256 с.
9. Фанталова, Е. Б. Об одном методическом подходе к исследованию мотивации и внутренних конфликтов [Текст] / Е. Б. Фанталова // *Психологический журнал*. — 1992. — Т. 13. — № 1. — С. 107—117.
10. Шестопалова, Л. Ф. Уровни и типы комплайенса больных с алкогольной зависимостью [Текст] / Л. Ф. Шестопалова, Н. Н. Лесная // *Журнал психиатрии и медицинской психологии*. — 2010. — № 1—2 (24—25). — С. 68—74.
11. Cuijpers, P. Preventing Depression. Global Priority [Text] / P. Cuijpers, A. T. F. Beekman, C. F. Reynolds // *JAMA*. — 2012. — Vol. 307(10). — P. 1033—1034.
12. Практические рекомендации по ведению пациентов с депрессией [Текст] / [A. J. Gelenberg, M. P. Freeman, J. C. Markowitz et al.] // *Нейро News*. — 2011. — № 1(28). — С. 41—50.
13. Luppa, M. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life — Systematic review and meta-analysis [Text] / [M. Luppa, C. Sikorski, T. Luck, L. et al.] // *J. Affective Disorders*. — 2012. — Vol. 136. — № 3. — P. 212—221.

Надійшла до редакції 04.09.2014 р.

**ЯЦИНА Андреа Тіборівна**, кандидат медичних наук, позаштатний науковий співробітник Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків; e-mail: [andreyatsyna@ukr.net](mailto:andreyatsyna@ukr.net)

**YATSINA Andrea Tiborivna**, MD, PhD, Out-Staff Researcher of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv; e-mail: [andreyatsyna@ukr.net](mailto:andreyatsyna@ukr.net)