

УДК: 616.895:616-055.2:159.922

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ



В. І. Пономарьов

© Пономарьов Володимир Іванович (Україна) – д.мед.н., професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна; 61077, Харків, пл. Свободи 6, кім. 605; e-mail: v.i.ponomaryov@ukr.net; ORCID: 0000-0003-2513-3187.

© Volodymyr Ponomarov (Ukraine) – Doctor of Medicine, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology of School of Medicine, V.N. Karazin Kharkiv National University, 61077; Kharkiv, 6 Svobody Square, r. 605; e-mail: v.i.ponomaryov@ukr.net; ORCID: 0000-0003-2513-3187.

© Пономарёв Владимир Иванович (Украина) – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии медицинского факультета Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина; 61077, Харьков, пл. Свободы 6, к. 605; e-mail: v.i.ponomaryov@ukr.net; ORCID: 0000-0003-2513-3187.



В. І. Вовк

© Вовк Вікторія Ігорівна (Україна) – к.мед.н., доцент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна; 61077, Харків, пл. Свободи 6, кім. 608; e-mail: v.i.vovk@ukr.net; ORCID: 0000-0002-9547-8968.

© Viktoria Vovk (Ukraine) – PhD in Medicine, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology of School of Medicine, V.N. Karazin Kharkiv National University, 61077; Kharkiv, Svobody Sq. 6, r. 608; e-mail: v.i.vovk@ukr.net; ORCID: 0000-0002-9547-8968.

© Вовк Виктория Игоревна (Украина) – к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии медицинского факультета Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина; 61077, Харьков, пл. Свободы 6, к. 608; e-mail: v.i.vovk@ukr.net; ORCID: 0000-0002-9547-8968.



М. М. Міщенко

© Міщенко Марина Михайлівна (Україна) – асистент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету; 61022, Харків, пр. Науки 4, кім. 7; e-mail: marihy83@gmail.com; ORCID: 0000-0002-4755-9384.

© Marina Mishchenko (Ukraine) – assistant of the Department of Public Health and Healthcare Management of Kharkiv National Medical University; 61022, Kharkiv, 4 Nauki avenue, r. 7; e-mail: marihy83@gmail.com; ORCID: 0000-0002-4755-9384.

© Мищенко Марина Михайловна (Украина) – ассистент кафедры общественного здоровья и управления здравоохранением Харьковского национального медицинского университета; 61022, Харьков, пр. Науки 4, к. 7; e-mail: marihy83@gmail.com; ORCID: 0000-0002-4755-9384.

№ 9, 2018, стор. 17–21

PATOPSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF WOMEN SUFFERING FROM AFFECTIVE PATHOLOGY

Abstract.

The article notes that throughout the world, and in particular in our country, there is a tendency to increase the prevalence of depressive disorders. According to many international studies, a significant proportion of people with this pathology do not receive timely, proper treatment (misunderstanding of the pain will lead to poor awareness about this pathology, fear of a psychiatric diagnosis, etc.), but a large stratum of those who turned for help, in the end refuses to take medication or end the course. It is indicated that according to the WHO, around 350 million people of all age groups suffer from depression around the world. It has been noticed that about 10% of men and 20% of women have a significantly higher risk of developing depressive disorder throughout their lives. According to national statistics in Ukraine, affective disorders among all mental illnesses are found in men at 9.72%, and among women - 20.78%. In addition, the publication presents the results of a pathopsychological survey of women with affective pathology living in rural areas and in the city. In the course of the study, it was found that in patients with a definite pathology there is a high level of depression and comorbid anxiety, regardless of place of residence; while residents of the village demonstrated a higher percentage of auto-aggressive tendencies (80% versus 42% of townspeople). The results of this work enable to conclude that there is a need for a deeper study of premorbid conditions and their specificities, as well as factors that lead to the formation of depression. Given the lower accessibility for rural women, psychiatric and psychotherapeutic care, more attention should be paid to the detection and treatment of depression and psychoprophylaxis in this environment.

Key words:

affective pathology, depressive disorders, women, village, city.

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Аннотация.

В статье отмечено, что во всем мире, и в частности в нашей стране, существует тенденция к увеличению распространенности депрессивных расстройств, однако по данным многих международных исследований, значительный удельный вес лиц с данной патологией не получает своевременного полноценного лечения (учитывая непонимание болезненности своего состояния, плохой информированности в отношении данной патологии, страха перед психиатрическим диагнозом и т.д.), а большая прослойка тех, кто обратился за помощью, в результате отказывается принимать медикаментозные средства или не заканчивает курс лечения. Указано, что по данным ВОЗ, депрессией во всем мире страдает около 350 миллионов жителей всех возрастных категорий населения. Замечено, что около 10% мужчин и 20% женщин имеют значительно высокий риск развития депрессивного расстройства в течение всей жизни. По отечественным статистическим данным в Украине аффективные расстройства среди всех психических болезней встречаются среди мужчин в 9,72%, а среди женщин - в 20,78%. Кроме этого, в публикации приведены результаты патопсихологического обследования женщин с аффективной патологией, проживающих в сельской местности и в городе. В процессе исследования выявлено, что у пациенток с определенной патологией существует высокий уровень депрессии и коморбидной тревоги, независимо от места проживания; при этом жительницы села продемонстрировали высокий процент аутоагрессивных тенденций (80% против 42% у горожан). Результаты проведенной работы позволяют сделать вывод о необходимости более глубокого изучения преморбидных состояний и их особенностей, а также факторы, которые приводят к формированию депрессии. Учитывая меньшую доступность для женщин, проживающих в сельской местности, психиатрической и психотерапевтической помощи, необходимо уделять больше внимания выявлению и лечению депрессивных расстройств и их психопрофилактике в этой среде.

Ключевые слова: аффективная патология, депрессивные расстройства, женщины, село, город.

ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА АФФЕКТИВНУ ПАТОЛОГІЮ

Анотація.

У статті відзначено, що в усьому світі, і, зокрема, у нашій країні, існує тенденція до збільшення поширеності депресивних розладів, проте за даними багатьох міжнародних досліджень, значна частка осіб з цією патологією не отримує своєчасного повноцінного лікування (з огляду на нерозуміння хворобливості свого стану, поганой інформованості у відношенні даної патології, остраху перед психіатричним діагнозом, тощо), а великий прошарок тих, хто звернувся за допомогою, у результаті відмовляється приймати медикаментозні засоби чи не закінчує курс лікування. Вказано, що за даними ВОЗ, на депресію у всьому світі страждає близько 350 мільйонів мешканців усіх вікових категорій населення. Помічено, що близько 10% чоловіків та 20% жінок мають значно вищий ризик розвитку депресивного розладу на протязі усього життя. За вітчизняними статистичними даними в Україні афективні розлади серед усіх психічних хвороб зустрічаються серед чоловіків у 9,72%, а серед жінок – у 20,78%. Окрім цього, у публікації наведено результати патопсихологічного обстеження жінок з афективною патологією, які мешкають у сільській місцевості та в місті. У процесі дослідження виявлено, що в пацієнток з визначеною патологією існує високий рівень депресії і коморбідної тривоги, незалежно від місця проживання; при цьому мешканки села продемонстрували вищий відсоток аутоагресивних тенденцій (80% проти 42% у городян). Результати проведеної роботи дозволяють зробити висновки про необхідність більш глибокого вивчення преморбідних станів і їх особливостей, а також чинників, які призводять до формування депресії. З огляду на меншу доступність для жінок, які проживають у сільській місцевості, психіатричної та психотерапевтичної допомоги, необхідно приділяти більше уваги виявленню та лікуванню депресивних розладів та їх психопрофілактиці у цьому середовищі.

Ключові слова: афективна патологія, депресивні розлади, жінки, село, місто.

Введение

По оценкам ВОЗ, от депрессии страдает во всем мире 350 миллионов человек всех возрастных групп. Отмечается, что у 10% мужчин и 20% женщин существует высокий процент вероятности возникновения этого расстройства в течение жизни [1]. В Украине среди всех психических заболеваний аффективные расстройства встречаются среди мужчин у 9,72%, среди женщин – у 20,78%. [2]. Данные современных исследований свидетельствуют, что большинство людей, которые страдают от депрессив-

ных нарушений, не обращаются за квалифицированной помощью (ввиду непонимания болезненности своего состояния, плохой информированности, страха психиатрического диагноза и т. д.), а большая часть тех, кто обратился, не принимает антидепрессанты амбулаторно или не заканчивает курс лечения [1; 3].

В последние годы все чаще появляются работы по изучению особенностей депрессий в зависимости от места проживания – в сельской или городской местности [3–7]. Сельские жители значительно хуже обеспечены медицин-

ской помощью на дому, поэтому количество их посещений врачом в 3-4 раза ниже, чем городских [3]. Кроме этого, среди факторов, ухудшающих выявление депрессий и обращаемость за медицинской специализированной помощью в сельской местности, исследователями выделяются:

- **социальные факторы** (отсутствие анонимно- и амбулаторно-консультативной служб, отсутствие психотерапевтической помощи, более низкий уровень образованности, меньшая информированность о заболевании, недоступность дорогостоящего лечения);
- **медицинские факторы** (низкий уровень диагностики депрессий, затруднения вербализации жалоб, соматизация жалоб);
- **ментальные факторы** (ответственность за ведение домашнего хозяйства, стигматизация, особенности менталитета, недоверие к врачам в связи с негативным опытом – собственным или односельчан) [3; 4; 7].

Ежегодно более 800 тыс. человек погибают в результате самоубийств – второй по значимости причины смерти среди людей в возрасте 15–29 лет. Проведенные в отдельных регионах Украины исследования свидетельствуют о том, что в сельской местности количество суицидов выше, чем в городе, и это соотношение имеет тенденцию к росту. [8; 9].

Усложняет эту проблему в сельской местности недостаточность обеспечения медицинской помощью, отдаленность медицинских учреждений от мест проживания населения и нехватка квалифицированных кадров. А диагностика и своевременное распознавание депрессивных расстройств являются сегодня высокоактуальной задачей, в первую очередь, в связи с социально-экономическими факторами.

Депрессивные расстройства входят в пятерку основных заболеваний человека, обуславливающих инвалидность и летальный исход. Занимая в этой категории на данный момент IV место, согласно данным Всемирного Банка, к 2030 году депрессии выйдут на II место, оставив позади дорожно-транспортные происшествия, войны, СПИД и онкологические заболевания и уступив лишь ишемической болезни [10; 11].

Цель и задачи исследования

Целью работы было сравнение патопсихологических особенностей эмоциональной сферы сельских и городских женщин с аффективной патологией и выявление особенностей течения заболевания в зависимости от места проживания.

Материалы и методы исследования

Было обследовано 22 пациентки, находившихся на стационарном лечении в Харьковской областной клинической психиатрической больнице № 3 по поводу аффективной патологии. Нозоформы обследованных были представлены тремя группами:

- биполярное аффективное расстройство, текущий депрессивный эпизод (F31.3 и F31.4);
- депрессивный эпизод (F32);
- рекуррентный депрессивный эпизод (F33).

Все пациенты были женского пола. Средний возраст обследованных составил 56 ± 10 лет. Жителей городской местности было 12, сельской местности – 10.

В ходе исследования были использованы клинический опрос, шкала Монтгомери–Асберг для оценки депрессии (MADRS) и госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Оценка эмоционального состояния пациента по шкале Монтгомери–Асберг (MADRS) базируется на клиническом интервью, в результате которого выявляется и уточняется симптоматика, а также оценивается ее выраженность. При подсчете результатов шкалы каждый пункт оценивается от 0 до 6 – от наименьшей выраженности к наивысшей; суммарный балл при этом составляет от 0 до 60:

- 0–15 б. говорят об отсутствии депрессивного эпизода;
- 16–25 б. указывают на малый депрессивный эпизод;
- 26–30 б. свидетельствуют о депрессивном эпизоде умеренной тяжести;
- свыше 30 б. подтверждают наличие большого депрессивного эпизода.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) отражает уровень и соотношение тревожно-депрессивной симптоматики в субъективных оценках пациента. Выраженность у себя каждого из 14 утверждений, относящихся к двум субшкалам (субшкала тревоги и субшкала депрессии), пациент оценивает в баллах (от 0 до 3), которые затем суммируются. Условно-нормативным считается уровень ниже 7 б., показатель 7–10 б. рассматривается как субклинический, а выше 10 б. – как индикатор клинически выраженной тревоги/депрессии.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам опросов были получены следующие данные.

Нарушения сна были выявлены у всех исследуемых – как из сельской местности, так и из городской. Проявлялись они в трудности при засыпании, тревожных сновидениях, поверхностном непродолжительном сне, дневной сонливости.

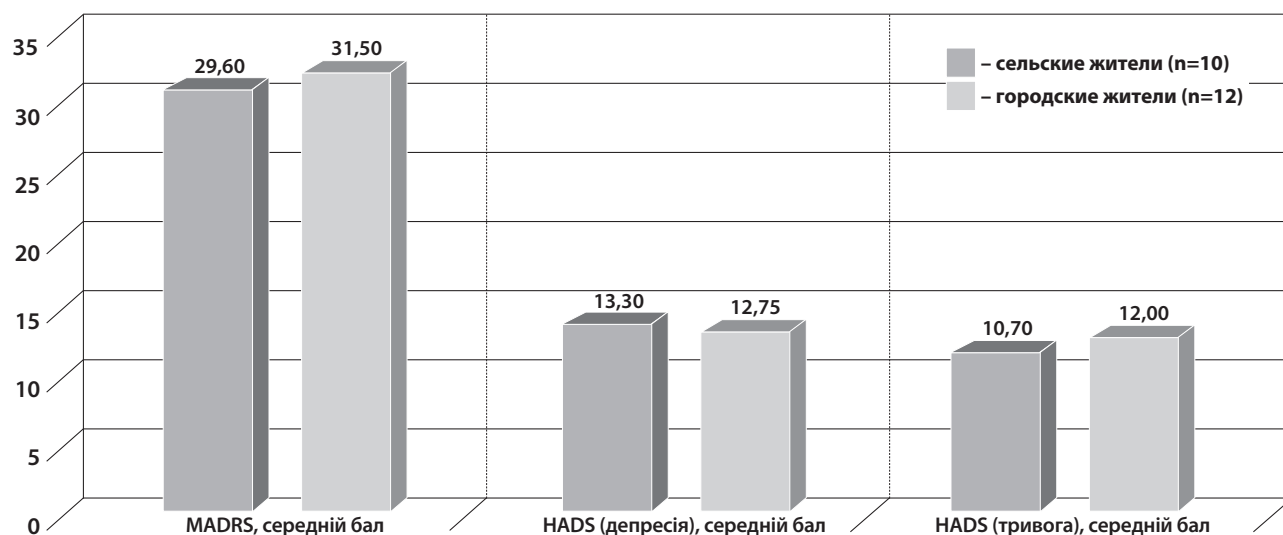


Рис. Результаты психометрического исследования депрессий у женщин, страдающих аффективной патологией

Субъективное ощущение немотивированной тревоги (по поводу собственного состояния, а также беспокойство за близких, ощущение неопределенной угрозы и как следствие – появление неуверенности) наблюдалось у 75% горожанок и у 70% – сельских жительниц.

Утомляемость или снижение активности, физическая слабость установлены у 67% городских и 60% сельских жительниц. Также отмечались снижение уровня влечений и побуждений, брадипсихичность, адинамия, переживание бесперспективности, бессмысленности происходящего, истощаемость психических и физиологических процессов, общее бессилие.

Явления тоскливого аффекта, витальности, чувства вины, идеи собственной неполноценности наблюдались в 50% случаев городских и в 60% – жительниц сел.

Нарушения аппетита отмечалось у 33% обследованных городских жительниц и 30% – сельских. Эти нарушения проявлялись как в снижении, так и в болезненном повышении аппетита и соответствующем уменьшении или увеличении массы тела.

Снижение настроения в той или иной степени наблюдались у всех обследованных.

Суицидальные мысли или тенденции были выявлены у 42% жителей городской и 80% – сельской местности.

Квалификация депрессии у страдающих аффективной патологией женщин с помощью психометрических шкал дала следующие результаты (**рис.**).

Исследование пациенток из сельской местности с помощью шкалы MADRS выявило средний балл 29,6, что свидетельствует об умеренно выраженном депрессивном эпизоде. Подшкала тревоги психометрической шка-

лы HADS дала средний балл 10,7; подшкала депрессии – 13,7, что является индикатором клинически выраженной тревоги и депрессии соответственно.

У городских женщин по шкале MADRS определен средний балл 31,5, что свидетельствует о большом депрессивном эпизоде. По шкале HADS установлен средний показатель тревоги 12 б., депрессии – 12,75 б.; это, как и в группе сельских жительниц, указывает на клинически выраженную тревогу и депрессию.

Таким образом, оценки психометрических шкал подтвердили клинические диагнозы пациентов. Существенной разницы в показателях между двумя группами сельских и городских жителей выявлено не было.

Проведенное исследование выявило достаточно высокий уровень депрессии и коморбидной тревоги у женщин как городской, так и сельской местности. Можно сделать вывод о необходимости более глубокого изучения преморбидных особенностей и факторов, которые приводят к формированию депрессии в зависимости от места проживания. Это даст возможность разработать эффективные методы профилактики, которые будут способствовать скорейшему формированию качественной ремиссии и направлены на предотвращение формирования этой патологии.

Пациенты обеих групп получали терапию с целью снижения выраженности и избавления от клинических проявлений депрессии, снижения рисков обострения и развития следующего депрессивного эпизода, а так же для восстановления социального функционирования.

Основой лечения была фармакотерапия с использованием антидепрессантов, анксиолитиков, стабилизаторов настроения, анти-

конвульсантов, нейролептиков, ноотропов, а также психотерапевтическая коррекция. Препаратами выбора являлись антидепрессанты, терапия которыми была длительной, проводилась адекватными дозировками; выбор лекарственных средств осуществлялся в зависимости от симптоматической структуры конкретного заболевания, учитывались безопасность препарата, индивидуальная переносимость, удобство в применении, экономическая эффективность.

Выделялись следующие этапы терапевтического воздействия: активная терапия для формирования ремиссии, поддерживающая терапия для предотвращения рецидива, поддерживающее лечение для предотвращения обострения. В начале лечения предпочтение отдавалось использованию одного антидепрессанта. При полном отсутствии его терапевтического эффекта на протяжении четырех недель появлялась необходимость перехода к другому антидепрессанту. При незначительном улучшении аффективного состояния еще 2 недели продолжалась начатая терапия выбранным препаратом, а в случае отсутствия терапевтического эффекта переходили к другому антидепрессанту.

Важная роль в терапии депрессий отводилась психотерапевтическим методам, главными задачами которых были успешное формирование комплайенса, проведение адекватной психоэдукации (особенно в отно-

шении всех видов лечебных процедур и лекарственных назначений).

После окончания лечения у всех пациенток наблюдалась ремиссия депрессивных проявлений. Катамнестическое исследование, проведенное через полгода после завершения терапии, показало, что 75% городских и только 50% сельских жителей продолжали поддерживающее лечение с соответствующим ухудшением аффективного состояния у тех, кто отказался от приема антидепрессивной противорецидивной терапии.

Выводы

В процессе проводимого исследования был выявлен высокий уровень депрессии и коморбидной тревоги у женщин, страдающих аффективной патологией, проживающих как в сельской местности, так и в городе. При этом у сельских жительниц отмечался более высокий, чем у горожанок, процент аутоагрессивных тенденций (80% против 42% соответственно). Полученные в ходе исследования результаты свидетельствуют о необходимости более глубокого изучения преморбидных особенностей и факторов, которые приводят к формированию депрессии. Так же очевидно, что необходимо больше внимания уделять депрессивным расстройствам и их психопрофилактике в сельской среде; это особенно актуально из-за меньшей доступности психиатрической и психотерапевтической помощи для этого контингента больных.

Литература

1. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади: керівництво для лікарів / В. Д. Мішиєв. – Львів: видавництво мс, 2004. – 208 с.
2. Костюченко С. И. Эпидемиология психического здоровья в Украине / С. И. Костюченко // *НейроNews*. – 2008. – № 2. – С. 9–13.
3. Марута Н. А. Депрессивные расстройства у жителей сельской местности (клинико-психопатологическая характеристика, диагностика и лечение): монограф. / Н. А. Марута. – К.: Печатная Лавка, 2011. – 146 с.
4. Белостоцкая Ж. И. Принципы диагностики и дифференциальной диагностики депрессивных расстройств у жителей сельской местности / Ж. И. Белостоцкая // *Укр. вісн. психоневрології*.— 2007. – Т. 15, вип. 3 (52).— С. 33–36.
5. Белостоцкая Ж. И. Особенности личности и депрессивных расстройств у жителей сельской местности / Ж. И. Белостоцкая // *Медицинская психология*. – 2007. – Т. 2, № 4. – С. 28–33.
6. Марута Н. О. Депресивні розлади у мешканців сільської місцевості: клініко-психопатологічна характеристика, діагностика та терапія / Н. О. Марута, Ж. І. Білостоцька // *Архів психіатрії*. – 2008. – Т. 14, № 3. – С. 14–19.
7. Матвиенко Ж. И. Сравнительный анализ алкогольной коморбидности (с учетом отягощенной ал-
- когольной зависимостью наследственности) у больных депрессивными расстройствами, проживающих в сельских и городских регионах / Ж. И. Матвиенко, И. Л. Вовк, В. И. Вовк // *Матеріали XVI Укр. наук.-практ. конф. з міжнародною участю «Довженківські читання: Редукція вживання алкоголю – нова наркологічна парадигма»*, присвяченої 97-й річниці з дня народження Заслуженого лікаря СРСР О. Р. Довженка. – Харків: Видавництво «Плеяда», 2015. – С. 129–131.
8. Пинчук И. Я. Проблема психического здоровья пожилых людей в Украине / И. Я. Пинчук // *Нейро NEWS*. – 2008. – № 2 (07). – С. 6–8.
9. Рудь В. О. Епідеміологічний аналіз суїцидальної смертності в чоловічій популяції Полтавської області за 15 років / В. О. Рудь // *Медицинские исследования*.— 2001.— Т. 1, вып. 1.— С. 127–128.
10. Пантюк И. В. Биологические и социально-психологические особенности лиц, страдающих депрессивными расстройствами / И. В. Пантюк, Ю. В. Ермаленок // *Психотерапия и клиническая психология*. – 2007. – № 3 (22). – С. 30–33.
11. Epidemiology of psychiatric and alcohol disorders in Ukraine Findings from the Ukraine World Mental Health survey / E. J. Bromet, S. F. Gluzman, V. I. Paniotto [et al.] // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* – 2005. – № 40. – P. 681–690. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16160752>