

КЛІНІЧНИЙ ПРОФІЛЬ І МОДЕЛІ РОДИННОЇ ВЗАЄМОДІЇ ПРИ ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНИХ ДЕПРЕСІЯХ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Вивчено клініко-психопатологічні особливості терапевтично резистентних депресій у структурі біполярного афективного та рекурентного депресивного розладів, проведено ідентифікацію типу родинної взаємодії та проаналізовано можливості ресурсу сімейної підтримки в зазначеній категорії хворих.

Ключові слова: терапевтично резистентні депресії, клініко-психопатологічні особливості, родинна взаємодія, ресурс сімейної підтримки.

Депресія у структурі психіатричної захворюваності останнім часом впевнено тримається перших позицій [1]. Фахівці провідних наукових центрів та установ, які займаються цією проблемою, наголошують на тому, що у середньому 40–60% пацієнтів із депресіями не виявляють суттєвого клінічного покращення при наданні їм психіатричної допомоги. Такі депресії кваліфікуються як терапевтично резистентні. За загальноприйнятими міжнародними критеріями депресія визначається як резистентна у випадку, коли в процесі лікування упродовж двох послідовних курсів (по 3–4 тиж) адекватною монотерапією фармакологічно відмінними препаратами відзначається відсутність або недостатність клінічної ефективності (редукція симптоматики за шкалою Гамільтона становить менше 50%) [2, 3]. Характер перебігу терапевтично резистентних депресій (ТРД) у більшості випадків є тривалим, з істотним стресовим навантаженням як на самого пацієнта, так і на його найближче оточення — родину. Це призводить до розвитку вираженої соціальної дезадаптації, що стає суттєвим соціально-економічним тягарем [4, 5]. Погляд на вирішення проблеми резистентності депресивних розладів до лікування лежить в основному в розумінні біологічних та психосоціальних механізмів формування та перебігу даної нозології. Разом із цим вирішення завдання подолання резистентності депресивних розладів неможливе без використання ресурсу родинної взаємодії.

Відомим є той факт, що найближче оточення хворих на психічні розлади зазнає значного впливу несприятливих чинників, серед яких виділяють: стигматизацію, порушення сімейних взаємин, емоційне навантаження і стреси, пов'язані з поведінкою хворого, обмеження в соціальному функціонуванні, матеріальні труднощі [6, 7]. Багато в чому психологічне благополуччя родини обумовлене особистісним реагуванням і ставлен-

ням до захворювання члена сім'ї, а також їх особистісними особливостями та психопатологічними порушеннями, характерними для тієї або іншої патології психіки [8, 9]. Аналіз літературних джерел указує на те, що серед чималої кількості робіт, які вивчали особливості родинної взаємодії при різних захворюваннях, водночас знайдено лише поодинокі дослідження з визначення специфічних властивостей внутрішньосімейного функціонування пацієнтів із ТРД при різних моделях родинної взаємодії та виявлення ресурсних можливостей сім'ї у лікуванні та реабілітації таких хворих [10–13].

Метою нашого дослідження було вивчення клініко-психопатологічних особливостей ТРД, ідентифікація типу родинної взаємодії та аналіз можливостей ресурсу сімейної підтримки у даній категорії хворих.

У ході нашої роботи використовувалися такі методи: клініко-психопатологічний, психометричний, патопсихологічний, статистичний. Клініко-психопатологічний метод ґрунтувався на принципах проведення психіатричного обстеження пацієнтів згідно з клінічними критеріями МКХ-10. Було досліджено психічний стан хворих шляхом оцінки їхніх скарг, анамнестичних даних, вивчення симптомів, синдромів, їх психопатологічну інтерпретацію і співвідношення з класифікаційними характеристиками МКХ-10. Згідно з етичними вимогами щодо клінічних досліджень нами було обстежено 52 пацієнтів, що страждали на ТРД. Нозологічну та гендерну характеристику вибірки обстежених подано в табл. 1.

За допомогою шкали Гамільтона (HDRS) [14] було проведено оцінку ТРД за ступенем тяжкості, при цьому показник 7–16 балів відповідав легкому ступеню вираженості, 17–27 балів — середньої тяжкості, тяжкі депресії кваліфікувалися за показником понад 27 балів. Серед пацієнтів із ТРД, які

Таблиця 1

Нозологічна та гендерна характеристики пацієнтів із терапевтично резистентними депресіями

Нозологічна форма	Випадки		Чоловіки		Жінки	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Біполярний афективний розлад, депресивний епізод (F31.3 — F31.5)	15	28,8	4	7,7	11	21,1
Рекурентний депресивний розлад (F33.0 — F33.3)	37	71,2	16	30,8	21	40,4
Всього	52	100	20	38,5	32	61,5

Таблиця 2

Тип родини пацієнтів із терапевтично резистентними депресіями

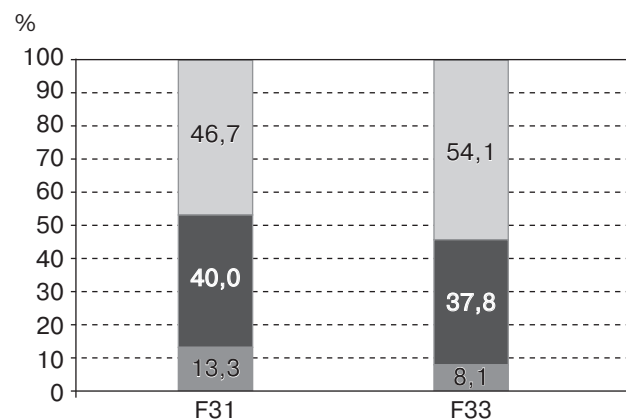
Тип родини	F31		F33	
	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m
Емоційно відчужений	2	13,3±0,16	8	21,6±0,11
Гіперпротективний	2	13,3±0,02	6	16,2±0,04
Напружено-дисоціативний	2	13,3±0,05	8	21,6±0,13
Симбіотичний	4	26,8±0,11	4	10,9±0,15
Псевдосолідарний	3	20,0±0,07	6	16,2±0,05
Гармонійний	2	13,3±0,12	5	13,5±0,12
Всього	15	100,0	37	100,0

страждали на біполярний афективний розлад, депресія легкого ступеня спостерігалася у 2 (13,3%) осіб, середньої тяжкості — у 6 (40,0%) хворих, у 7 (46,7%) обстежених була тяжка депресія. У групі пацієнтів із рекурентним депресивним розладом розподіл за тяжкістю був такий: 3 (8,1%) хворі із легким ступенем, 14 (37,8%) — із середньої тяжкості, 20 (54,1%) — із тяжкою депресією (рис.). Наведені дані засвідчують, що при ТРД спостерігаються в основному виражені депресивні симптоми.

Тип родини пацієнтів із ТРД визначали за допомогою «Шкали структурованого інтерв'ю для ідентифікації типу сім'ї», розробленої науковим колективом під керівництвом проф. В. А. Абрамова [15]. Ця шкала, що складається з 36 тверджень, які опитуваний повинен оцінити за 1–3 балами, дає змогу встановити тип родини пацієнтів за систематикою, сформульованою В. М. Воловиком: 1) емоційно відчужений (розділений або ригідний раціональний); 2) напружено-дисоціативний; 3) псевдосолідарний; 4) симбіотичний; 5) гіперпротективний (хаотичний або ригідний); 6) гармонійний (табл. 2).

Емоційно відчужений тип родини характеризувався холодними та стриманими відносинами між її членами. Загалом родичі не були посвячені у проблеми особистого життя інших членів родини. В обстежених із різними нозологіями цей тип розподілився таким чином: при біполярно-му афективному розладі — 13,3% пацієнтів, при

рекурентному депресивному розладі — 21,6%. При емоційно відчуженому типі родин виявлялися певні особливості, що дало змогу виділити раціональний та емоційно байдужий підтипи. У випадку коли взаємовідносини базувалися на дотриманні принципу невтручання в особистий простір одне одного, що спричиняло емоційне дистанціювання членів сім'ї при наявності внутрішньої прихильності та турботи про благополуччя одне одного, констатувався раціональний підтип емоційно відчуженого типу родини. Емоційно байдужий підтип характеризувався такими відносинами в родині,



Розподіл вибірки хворих на терапевтично резистентні депресії за ступенем тяжкості депресивної симптоматики за шкалою HDRS: □ — тяжкий; ■ — середньої тяжкості; ■ — легкий

Типи ставлення членів родини до хвороби пацієнтів із терапевтично резистентними депресіями

Тип ставлення	F 31		F 33	
	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m
Адекватний	8	53,3±0,21	24	64,9±0,27
Драматизуючий	4	26,7±0,15	7	18,9±0,24
Негативний (деструктивний)	3	20,0±0,23	6	16,2±0,17
Всього	15	100,0	37	100,0

коли її члени існували як «співмешканці», не претендуючи на увагу і турботу з боку іншого та не помічаючи проблем одне одного.

Перманентна фіксація внутрішньородинних ролей одними членами сім'ї відносно інших, без можливості їх змін позначалася як гіперпротективний тип родини. У середовищі даних родин відповідно до особливостей їх поведінкових патернів виділено ригідний і хаотичний підтипи. Ригідний підтип констатувався в родинях, де домінували обмеження та жорсткий контроль поведінки хворого з боку родичів або спроби контролю під маскою надмірної турботи. При суперечливій поведінці членів родини, непослідовності їх вимог і установок стосовно хворого таку родину визначали як хаотичну. Гіперпротективний тип родини встановлено у 13,3% пацієнтів із біполярним афективним розладом та у 16,2% хворих із рекурентним депресивним розладом.

Стрижневими ознаками для напружено-дисоціативних типів родин були формальна атмосфера, недобррозичливість, пошуки винного, деспотичне домінування когось з її членів над іншими. Даний тип родини встановлено у 13,3% пацієнтів із біполярним афективним розладом і у 21,6% хворих із рекурентним депресивним розладом.

Симбіотичним родинам був притаманний психологічний симбіоз між одним із членів родини та хворим, що подекуди набувало форми співзалежних відносин, натомість інші близькі в сімейній ієрархії були на другорядних позиціях. Такий тип родини був характерний для 26,8% пацієнтів із ТРД у структурі біполярного афективного розладу та для 10,9% хворих із ТРД у структурі рекурентного депресивного розладу.

Псевдосолідарні родини у пацієнтів із ТРД відзначалися високим ступенем взаємної залежності та ригідністю рольової структури, нездатністю гнучко реагувати на зміни та прагненням збереження уявної сімейної «стабільності» не за рахунок істинного взаєморозуміння, а за допомогою непродуктивної діяльності із формуванням ірраціональних суджень, формальних проявів уваги і турботи щодо хворих. У пацієнтів із ТРД цей тип спостерігався у 20,0% випадків у групі

біполярного афективного розладу та у 16,2% — у групі рекурентного депресивного розладу.

Гармонійний тип родини при ТРД виявлено у 13,3% пацієнтів із біполярним афективним розладом та у 13,5% хворих із рекурентним депресивним розладом. При такому типі відносини між членами родини характеризуються рівновагою, підтримкою, доброзичливою, довірчою атмосферою, стриманістю у вираженні негативних емоцій щодо хворого, зацікавленістю, порозумінням та довірою одне до одного, готовністю надати допомогу. У родині є усвідомлення хворобливого стану родича (несамостійність та залежність до певної міри від інших членів родини). Члени родини довіряють компетентності лікаря-психіатра, співпрацюють із ним.

Із метою вивчення типу ставлення родичів пацієнтів із ТРД до їх хвороби використовувалася «Шкала структурованого інтерв'ю для визначення ставлення членів родини до хвороби (психіатричному діагнозу) у родича» [15]. На основі оцінки 18 тверджень (від 0 до 2 балів) встановлюються три типи ставлення: 1) адекватний, 2) драматизуючий, 3) негативний (деструктивний) (табл. 3).

Адекватний тип ставлення із прагненням прийняття факту хвороби та пов'язаних із нею проблем, готовністю виконувати рекомендації лікаря, усвідомленням суті, наслідків хвороби і прагненням разом із лікарем і хворим впливати на результативність терапевтично-реабілітаційного процесу відзначено у більшості членів родин пацієнтів із ТРД (у 53,3% випадків при біполярному афективному розладі та 64,9% — при рекурентному депресивному розладі).

Драматизуючий тип ставлення, що виявлений у 26,7% хворих із ТРД у структурі біполярного афективного розладу та у 18,9% пацієнтів із ТРД у структурі рекурентного депресивного розладу, характеризувався гіпероцінкою членами родини тяжкості хвороби з подальшим провокуванням атмосфери нервозності, занепокоєння, розгубленості в сім'ї, формувало у родичів і хворих диференційоване почуття провини. Члени родин були песимістично налаштовані на майбутнє пацієнтів, очікували подальших життєвих труднощів для себе

Аналіз ресурсу сімейної підтримки пацієнтів із терапевтично резистентними депресіями

Ресурс	F31		F33	
	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m
Достатній (1–13 балів)	8	53,4±0,19	25	67,6±0,15
Обмежений (14–27 балів)	5	33,3±0,13	8	21,6±0,14
Низький (28–40 балів)	2	13,3±0,08	4	10,8±0,17
Всього	15	100,0	37	100,0

у зв'язку з необхідністю догляду за хворим, більше того, були не орієнтовані на допомогу хворим у питаннях дотримання режиму підтримуючої терапії.

Деструктивний тип ставлення, характерний для родин пацієнтів із ТРД, зафіксовано у 20,0 % хворих на біполярний афективний розлад і у 16,2 % у пацієнтів із рекурентним депресивним розладом. Сім'ї відзначалися непорозуміннями та ігноруванням хвороби пацієнтів, негативним ставленням до факту наявності резистентної депресії, вбачання у хворобі пацієнта причини руйнування лінії життєвого розвитку родини, що у поєднанні з невірою в позитивний результат лікування ставало базою для самоусунення родичів від активної участі в долі пацієнтів із ТРД.

Вивчення можливостей залучення членів родин пацієнтів із ТРД до заходів психосоціальної реабілітації хворих спирається на оцінку ресурсу сімейної підтримки. Дослідження даних параметрів родинного функціонування виконувалося за допомогою методики «Оцінка ресурсу сімейної підтримки пацієнта» [15]. У ході виконання даної роботи відзначено, що в більшості сімей хворих, які страждають на ТРД, наявний достатній ресурс сімейної підтримки. В групі хворих на біполярний афективний розлад достатній ресурс виявлено у 53,4 % сімей, в групі пацієнтів із рекурентним депресивним розладом — у 67,6 % (табл. 4).

Таким чином, отримані в ході виконання даного дослідження результати засвідчили, що ТРД у структурі біполярного афективного та рекурентного депресивного розладів за ступенем тяжкості в більшості випадків є важкими (46,7 та 54,1 % відповідно). Виявлено, що у родин пацієнтів із ТРД низький показник гармонійних типів. У хворих із біполярним афективним розладом відзначено перевагу симбіотичних родин (26,8 %). Родини хворих із рекурентним депресивним розладом характеризувалися в більшості емоційно-відчуженим та напружено-дисоціативним типами (21,6 % у рівних частках). Адекватне ставлення членів родин до хвороби пацієнтів із ТРД є переважаючим (53,3 % хворих на біполярний афективний розлад та 64,9 % пацієнтів із рекурентним депресивним розладом). Дані щодо ставлення членів сімей до

хвороби прямо пропорційно віддзеркалюються на рівні сімейної підтримки пацієнтів із ТРД. Достатній рівень сімейного ресурсу встановлено у 53,4 % пацієнтів, що страждають на біполярний афективний розлад, та у 67,6 % хворих на рекурентний депресивний розлад.

Отже, вивчення моделей родинної взаємодії у пацієнтів із ТРД відкриває нові перспективи у встановленні ролі родини та можливостей її залученості в напрацювання та підтримування адаптаційного ресурсу хворих із ТРД, покращання показників їх соціальної активності та якості життя.

Список літератури

1. Нециркулярні депресії: моногр.; за ред. О. К. Напреєнка.— К.: Софія-А, 2013.— 624 с.
2. *Al-Harbi K. S.* Treatment-resistant depression: therapeutic trends, challenges, and future directions / K. S. Al-Harbi // *Patient Prefer Adherence*.— 2012.— Vol. 6.— P. 369–388.
3. *Maalouf F. T.* Treatment-resistant depression in adolescents: review and updates on clinical management / F. T. Maalouf, M. Atwi, D. A. Brent // *Depress. Anxiety*.— 2011.— Vol. 28.— P. 946–954.
4. *Fava C. A.* The concept of recovery in major depression / C. A. Fava, C. Ruini, C. Belaise // *Psychol. Med.*— 2007.— Vol. 48.— P. 103–111.
5. *Быков Ю. В.* Резистентные к терапии депрессии / Ю. В. Быков.— Ставрополь, 2009.— 77 с.
6. *Barnett P. A.* Psychosocial functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences / P. A. Barnett, I. H. Gotlib // *Psychological Bulletin*.— 1988.— Vol. 104 (1).— P. 97–126.
7. *Coyne J. C.* Living with a depressed person / J. C. Coyne, R. C. Kessler, M. Tal [et al.] // *J. of Consulting and Clinical Psychology*.— 1987.— Vol. 55 (3).— P. 347–352.
8. *Keller M. B.* Issues in treatment-resistant depression // *J. Clin. Psychiatry*.— 2005.— Vol. 66 (suppl. 8).— P. 5–12.
9. *Голоденко О. Н.* Социально-психологическая адаптация больных рекуррентными депрессивными расстройствами / О. Н. Голоденко // *Архив психиатрии*.— 2010.— Т. 16, № 1 (60).— С. 33–36.
10. *Маркова М. В.* Особливості сімейної взаємодії у жінок, хворих на параноїдну шизофренію, при різних

- моделях родинного функціонування / М. В. Маркова, К. А. Косенко // Архів психіатрії.— 2014.— Т. 20, № 1 (76).— С. 131.
11. *Марута Н. А.* Восстановление социального функционирования — основная цель терапии депрессии / Н. А. Марута // Нейронews.— 2013.— № 8 (53).— С. 16–20.
12. *Кожина А. М.* Современные подходы к терапии депрессивных расстройств / А. М. Кожина, Л. М. Гайчук // Укр. вісн. психоневрології.— 2010.— Т. 18, вип. 3 (64).— С. 129.
13. *Підкоритов В. С.* Сучасні підходи до лікування «фармакорезистентних» депресій / В. С. Підкоритов // Укр. вісн. психоневрології.— 2010.— Т. 18, вип. 2 (63).— С. 55–57.
14. *Hamilton M.* A rating scale for depression / M. Hamilton // J. of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry.— 1960.— Vol. 23.— P. 56–62.
15. *Абрамов В. А.* Психосоциальная реабилитация больных шизофренией: моногр. / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова.— Донецк: Каштан, 2009.— 584 с.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ И МОДЕЛИ СЕМЕЙНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЯХ

Л. В. РАХМАН

Изучены клинико-психопатологические особенности терапевтически резистентных депрессий в структуре биполярного аффективного и рекуррентного депрессивного расстройств, проведена идентификация типа семейного взаимодействия и проанализированы возможности ресурса семейной поддержки у данной категории больных.

Ключевые слова: терапевтически резистентные депрессии, клинико-психопатологические особенности, семейное взаимодействие, ресурс семейной поддержки.

CLINICAL PROFILE AND MODELS OF FAMILY INTERACTION IN TREATMENT-RESISTANT DEPRESSIONS

L. V. RAKHMAN

Clinical and psychopathologic features of treatment-resistant depression (TRD) were investigated in the structure of bipolar affective disorder and recurrent depressive disorder. The types of family interaction were identified; the capabilities of the family support in this group of patients were analyzed.

Key words: treatment-resistant depression, clinical and psychopathological features, family interaction, family support resource.

Надійшла 20.08.2015