

Психіатрія, наркологія та медична психологія

УДК 616.895.4-008.441.44-036-08(043.3)

**ГЕНДЕРНИЙ ПІДХІД ДО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ
У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ****Кожина Г.М.¹, Хаустов М.М.¹, Кольцова Г.Г.²**¹Харківський національний медичний університет, Харків, Україна²КНП ХОР «Обласна клінічна психіатрична лікарня № 3», Харків, Україна

Важливість і необхідність вивчення гендерної специфіки психічних розладів підкреслювалася неодноразово. Суттєві відмінності механізмів формування депресивних розладів у чоловіків і жінок зумовлюють специфіку клініко-психопатологічних і пато-психологічних проявів, визначають необхідність застосування диференційованих лікувально-діагностичних підходів. Обстежено 147 хворих на депресивні розлади (76 жінок та 71 чоловік). Використані клініко-психопатологічний, психодіагностичний та катанестичний методи дослідження. На підставі отриманих в ході роботи даних була розроблена і апробована персоніфікована система терапії депресивних розладів з диференційованим використанням методів психофармакотерапії, психотерапії та психоосвіти. В результаті дослідження ми зробили висновки, що для лікування пацієнтів з депресивним епізодом слід використовувати програму, яка включає: фармакотерапію (селективний інгібітор зворотного захвату серотоніну Сертралін, мелатонінергічний антидепресант Агомелатин, анксиолітики), гендерно обумовлену індивідуальну та групову психотерапію та психоосвіту. Для лікування пацієнтів з рекурентним депресивним розладом слід використовувати програму, яка включає: фармакотерапію (анксиолітики, комбіновані інгібітори зворотного захвату серотоніну та норадреналіну (Міртазапін, Венлафаксін)), гендерно обумовлену індивідуальну та групову психотерапію та психоосвіту. Для лікування пацієнтів з депресивним епізодом біполярного афективного розладу слід використовувати програму, яка включає: фармакотерапію (з використанням вальпроатів, Ламотриджину, селективного інгібітора зворотного захвату серотоніну Сертралін); гендерно обумовлену індивідуальну та групову психотерапію та психоосвіту.

Ключові слова: депресивні розлади, гендерні відмінності, психотерапія, психоосвіта, лікування.



Цитуйте українською: Кожина ГМ, Хаустов ММ, Кольцова ГГ. Гендерний підхід до психотерапевтичної корекції у комплексному лікуванні депресивних розладів. Медицина сьогодні і завтра. 2021;90(2):70-7. <https://doi.org/10.35339/msz.2021.90.2.kkk>

Cite in English: Kozhyna HM, Khaustov MM, Koltsova HH. Gender approach to psychotherapeutic correction in complex treatment of depressive disorders. Medicine Today and Tomorrow. 2021;90(2):70-7. <https://doi.org/10.35339/msz.2021.90.2.kkk> [in Ukrainian].

Відповідальний автор: Кожина Г.М.,
Україна, 61022, м. Харків, пр. Науки, 4, ХНМУ.
E-mail: amkozhyzna888@gmail.com

Corresponding author: Kozhyna H.M.,
Ukraine, 61022, Kharkiv, Nauki av., 4, KhNMU.
E-mail: amkozhyzna888@gmail.com

Вступ

На сучасному етапі розвитку суспільства серед загальномедичних проблем особливої актуальності набуває проблема патології афективної сфери. За даними ВООЗ, на сучасному етапі більш ніж у 110 млн осіб у світі виявлені ті чи інші клінічно значущі прояви депресивних розладів. Аналогічна тенденція спостерігається і в Україні. Зростання актуальності проблеми депресій зумовлене їх поширеністю, пояснюється істотним впливом хвороби на якість життя і соціальне функціонування людини, а також найбільшим серед психічних розладів рівнем суїцидів, скоєних хворими на депресивні розлади [1–3].

Зростання захворюваності та поширеності депресії в сучасних умовах пов'язані з високим темпом життя, підвищеним рівнем стресогенності, соціальною нестабільністю в різних сферах життя, складними екологічними умовами, високим рівнем міграції, невпевненістю в майбутньому, зміною ідеалів. Важливим складовим медико-соціальним значенням депресій є суїцидальний ризик, що обумовлює високий рівень летальності серед хворих на депресії [3–5].

Депресивні розлади мають істотні гендерні особливості у клініко-психопатологічній феноменології, психосоціалній дезадаптації та в проявах аутодеструктивної поведінки, що вимагає диференційованих лікувально-реабілітаційних та психотерапевтичних підходів [6; 7].

Важливість і необхідність вивчення гендерної специфіки психічних розладів підкреслювалася неодноразово. Суттєві відмінності механізмів формування депресивних розладів у чоловіків і жінок, що зумовлює специфіку клініко-психопатологічних і патопсихологічних проявів і визначає необхідність

вироблення диференційованих лікувально-діагностичних підходів [8; 9]. Вищезазначене обумовлює необхідність проведення даної роботи.

Мета дослідження: на основі вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних гендерних особливостей депресивних розладів різного генезу, розробити гендерно орієнтовану систему їх психотерапії у комплексному лікуванні.

Матеріал і методи

Для досягнення поставленої мети, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології було проведено комплексне обстеження 147 хворих на депресивні розлади (76 жінок та 71 чоловік).

Відповідно до встановленого діагнозу хворі були розподілені на 3 клінічні групи:

I – пацієнти з встановленим діагнозом *депресивний епізод помірний або важкий без психотичних симптомів* (F32.1, F32.2) – [33,2±1,3] %,

II – *рекурентний депресивний розлад, триваючий епізод помірної ваги або важкий без психотичних симптомів* (F33.1, F33.2) – [34,6±1,3] %,

III – *біполярний афективний розлад (БАР), триваючий епізод помірної або важкої депресії без психотичних симптомів* (F31.3, F31.34) – [32,2±1,3] %.

Основну групи (ОГ) склали 105 хворих (55 жінок та 50 чоловіків), які взяли участь в розробленій нами програмі гендерно орієнтованої психотерапевтичної корекції; контрольну (КГ) – 42 хворих (21 жінка та 21 чоловік), які отримували стандартну регламентовану терапію у лікарні.

Також всі пацієнти ОГ пройшли персоналізовану систему терапії депресивних розладів з диференційованим використанням методів психофармакотерапії, психотерапії та психоосвіти в залежності від приналежності до клінічної

групи та статі. Наступним кроком нами було проаналізовано катамнез пацієнтів з депресивними розладами основної та контрольної груп за 2 роки. Протягом всього дослідження ми використовували наступні психодіагностичні методики: госпітальна шкала тривоги та депресії, шкала Гамільтона, шкала Монтгомері-Айсберга.

Результати дослідження

У клінічній картині депресивних розладів у обстежених хворих найбільш часто відмічаються знижений фон настрою та афект відчуття туги ([75,8±1,7] % чоловіків та [81,2±1,8] % жінок), відчуття внутрішньої напруги із неможливістю розслабитися, безпідставне занепокоєння, тривога, ([71,2±1,7] % та [67,1±1,6] % відповідно), психомоторна загальмованість ([25,8±1,2] % чоловіків та [33,2±1,3] % жінок), ідеї самозвинувачення, відчуття провини ([67,8±1,6] % та [74,2±1,7] % відповідно), відчуття власної непотрібності, малоцінності ([73,1±1,7] % чоловіків та [76,5±1,7] % жінок), звуження кола інтересів ([82,6±1,8] % та [80,2±1,8] % відповідно), різного роду страхи і нав'язливі спогади ([64,2±1,6] % чоловіків та [58,2±1,5] % жінок), підвищена образливість, надмірна чутливість щодо зауважень на свою адресу ([29,8±1,2] % та [31,1±1,3] % відповідно), астенична симптоматика ([45,9±1,4] % чоловіків та [52,2±1,5] % жінок), психічна стомлюваність ([71,2±1,7] % та [74,3±1,7] % відповідно).

У емоційній складовій депресивного синдрому комплексу у чоловіків домінували відчуття горя (67,3±1,6 %), добових коливань настрою (46,1±1,4 %), байдужості (76,1±1,7 %), страхи і нав'язливі спогади (46,1±1,4 %), звуження кола інтересів (83,1±1,8 %).

У жінок домінували ідеї самозвинувачення (66,8±1,6 %), відчуття провини (59,2±1,5 %), власної малоцінності (75,9±1,7 %), психомоторна загальмова-

ність (51,9±1,5 %), підвищена вразливість (66,8±1,6 %), схильність до лакримальних реакцій (80,5±1,8 %).

Як показав аналіз клінічної структури депресивних розладів тужливий варіант психопатологічної симптоматики переважав у чоловіків I (33,1±1,3 % обстежених) та II групи (29,5±1,2 %), тривожний варіант був більш притаманний для жінок I (33,5±1 %) та II (33,2±1,3 %) груп, апато-адинамічний варіант переважав у жінок III групи (26,9±1,2 %), сенесто-іпоходричний – у чоловіків III групи (28,1±1,2 %).

Як свідчать результати психодіагностичного обстеження, у переважній більшості обстежених чоловіків спостерігався великий депресивний епізод за шкалою Монтгомері-Айсберга, важкий депресивний епізод за клінічною шкалою депресії Гамільтона та клінічно виражена депресія за госпітальною шкалою, високий рівень ангедонії (*таблиця 1*).

На підставі отриманих в ході роботи даних була розроблена і апробована персоніфікована система терапії депресивних розладів з диференційованим використанням методів психофармакотерапії та психотерапії.

Для хворих з депресивним епізодом використовували наступну фармакотерапію: мелатонінергічний антидепресант Аагомелатин, селективний інгібітор зворотного захвату серотоніну Сертралін та анксиолітики.

Для хворих з рекурентним депресивним розладом використовували фармакотерапію: комбіновані інгібітори зворотного захвату серотоніну та норадреналіну (Венлафаксін, Міртазапін), анксиолітики.

Для хворих з депресивним епізодом БАР використовували наступну фармакотерапію: Ламотриджин, вальпроати, селективний інгібітор зворотного захвату серотоніну Сертралін.

Таблиця 1. Результати психодіагностичного дослідження перед лікуванням у пацієнтів з ураженням статі та клінічної групи (%)

Психодіагностична методика	І група		ІІ група		ІІІ група	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Шкала Монтгомері-Айсберга	41,6±1,4	42,6±1,4	43,7±1,4	42,4±1,4	42,0±1,4	45,0±1,4
Клінічна шкала депресії Гамільтона	48,1±1,4	59,2±1,5	59,6±1,5	56,2±1,5	55,3±1,5	53,3±1,5
Госпітальна шкала тривоги та депресії (субшкала депресія)	52,6±1,5	52,3±1,5	53,6±1,5	52,9±1,5	52,7±1,5	50,5±1,5
Шкала на визначення рівня ангедонії	36,8±1,3	39,1±1,3	48,2±1,4	45,9±1,4	51,1±1,5	55,2±1,5

Психотерапевтична програма для хворих з депресивним епізодом включала індивідуальну та групову психотерапію. У чоловіків були використані когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), короткотермінова психодинамічна психотерапія, «Аналіз переживань», КПТ з використанням поведінкової активації, екзистенціальної терапії; у жінок – індивідуальна кризова психотерапія, КПТ усвідомленості (mindfulness), біосугесивна терапія. Тривалість психотерапії становила 3–7 тижнів.

Психотерапевтична програма для хворих з рекурентним депресивним розладом включала індивідуальну та групову психотерапію. У чоловіків були використані КПТ усвідомленості (mindfulness), особистісно-орієнтована психотерапія, арт-терапія; у жінок – КПТ румінацій, біосугесивна терапія, арт-терапія. Тривалість психотерапії становила 10–12 тижнів.

Психотерапевтична програма для хворих з депресивним епізодом БАР включала індивідуальну та групову психотерапію. У чоловіків були використані КПТ «Оцінка емоцій», КПТ з використанням поведінкової активації, короткотермінова психодинамічна психотерапія, арт-терапія; у жінок – КПТ «Раціональні переконання», КПТ румі-

націй, тілесно-орієнтована психотерапія, арт-терапія. Тривалість психотерапії становила 10–12 тижнів.

Важливими складовими розробленої нами терапевтичної програми стали: персоніфікована психоосвіта, спрямована на надання хворим знань про особливості депресивних розладів та суїцидальну поведінку; залучення хворих до активної участі в лікуванні; навчання хворих методам опанування специфічними проблемами, обумовленими депресивним станом; зниження рівня стигматизованості та самостигматизованості; навчання навичкам подолання заглибленості у хворобу та суїцидальних тенденцій; корекція змінених депресивним розладом соціальних та родинних позицій хворих. Кожен пацієнт приймав участь у певних психоосвітніх тренінгах в залежності від своїх потреб на кожному етапі лікування.

Як показали результати дослідження на тлі проведення розробленої персоніфікованої терапевтичної програми, у хворих основної групи було досягнуто стійкого терапевтичного ефекту (позитивної динаміки депресивної симптоматики, підвищення психофізичної активності, якісної ресоціалізації), який зберігався протягом двох років (таблиця 2).

Таблиця 2. Результати після лікування пацієнтів основної та контрольної груп (%)

Показники	Основна група		Контрольна група	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Хворі на депресивний епізод	72,3±1,7	75,3±1,7	35,2±1,6	37,2±1,3
Хворі на рекурентний депресивний розлад	65,2±1,6	68,1±1,6	33,8±1,3	34,2±1,3
Хворі на депресивний епізод БАР	63,2±1,6	65,4±1,6	31,9±1,3	32,8±1,3

У хворих основної групи відзначено достовірне зниження показників тривоги та депресії за госпітальною шкалою ([71,9±1,7] % чоловіків та [69,5±1,6] % жінок, хворих на депресивний епізод, [71,9±1,7] % чоловіків та [73,2±1,7] % жінок, хворих на рекурентний депресивний розлад, а також [69,2±1,6] % чоловіків та [71,5±1,7] % жінок, хворих на депресивний епізод БАР); за шкалою Гамільтона ([72,2±1,7] % чоловіків та [75,2±1,7] % жінок; [69,9±1,6] % чоловіків та [68,9±1,6] % жінок; [71,2±1,7] % чоловіків та [74,6±1,7] % жінок відповідно) та шкали Монтгомері-Айсберга ([78,1±1,7] % чоловіків та [72,9±1,7] % жінок, хворих на депресивний епізод; [69,9±1,6] % чоловіків та [71,1±1,7] % жінок, хворих на рекурентний депресивний розлад; [65,1±1,6] % чоловіків та [67,9±1,6] % жінок хворих на депресивний епізод БАР). У хворих контрольної групи динаміка показників за психодіагностичними шкалами була незначною.

Проведене дворічне катамнестичне дослідження підтвердило ефективність розробленої персоніфікованої програми терапії депресивних розладів та профілактики суїцидальної поведінки у хворих основної групи – [82,3±1,8] % чоловіків та [85,1±1,8] % жінок, хворих на депресивний епізод, [80,1±1,8] % чоловіків та [82,2±1,8] % жінок, хворих на

рекурентний депресивний розлад та [78,6±1,7] % чоловіків та [79,9±1,7] % жінок хворих на депресивний епізод БАР не здійснювали повторні суїцидальні спроби.

Висновки

Терапевтична програма для хворих з депресивним епізодом повинна включати використання фармакотерапії (мелатонінергічного антидепресану Агомелатину, селективного інгібітору зворотного захвату серотоніну Сертраліну та анксиолітиків), гендерно обумовленої індивідуальної та групової психотерапії, психоосвіти.

Терапевтична програма для хворих з рекурентним депресивним розладом повинна включати використання фармакотерапії (комбінованих інгібіторів зворотного захвату серотоніну та норадреналіну (Венлафаксину, Міртазапіну), анксиолітиків), гендерно обумовленої індивідуальної та групової психотерапії, психоосвіти.

Терапевтична програма для хворих з депресивним епізодом біполярного афективного розладу повинна включати використання фармакотерапії (Ламотриджину, вальпроатів, селективного інгібітору зворотного захвату серотоніну Сертраліну), гендерно обумовленої індивідуальної та групової психотерапії, психоосвіти.

Конфлікт інтересів відсутній.

Література

1. Кожина АМ, Маркова МВ, Гриневич ЕГ, Зеленская ЕА. К проблеме адаптационного синдрома студентов младших курсов ВУЗов III-IV уровней аккредитации. Архив психиатрии. 2011;17(4(67)):32–5. Доступно на: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2011_17_4_9

2. Чабан ОС, Хаустова ОО, Трачук ЛЄ. Шляхи підвищення ефективності навчання студентів за спеціальністю «Медична психологія». Медична психологія. 2016;(1):3–8. Доступно на: <http://www.mps.kh.ua/archive/2016/1/1>
3. Лещина ІВ. Скринінгова діагностика неспихотичних психічних розладів у студентів-медиків. Вісник проблем біології і медицини. 2011;1(2):131–5. Доступно на: <https://vpbm.com.ua/ua/archive>
4. Пшук НГ, Слободянюк ДП. Роль психосоціальних чинників в генезі соціальної дезадаптації у студентської молоді. Український вісник психоневрології. 2015;23(2(83)): 86–91. Доступно на: <https://uvnpr.com.ua/arkhiv-nomeriv/2015/tom-23-vipusk-2-83/rol-psikhosots-alkh-chinnik-v-v-enez-sots-alno-dezadaptats-u-studentsko-molod>
5. Малахов ПС, Асєєва ЮО, Волинко ВВ, Харітонова АС. Проблемність адаптації студентів-медиків. Медична психологія. 2016;(2):3–5. Доступно на: <http://www.mps.kh.ua/archive/2016/2/1>
6. Rubinow DR, Schmidt PJ. Sex differences and the neurobiology of affective disorders. *Neuropsychopharmacology*. 2019;44(1):111–28. DOI: 10.1038/s41386-018-0148-z. PMID: 30061743.
7. Walker ER, Druss BG. Rate and Predictors of Persistent Major Depressive Disorder in a Nationally Representative Sample. *Community Ment Health J*. 2015;51(6):701–7. DOI: 10.1007/s10597-014-9793-9. PMID: 25527224.
8. Deshpande SS, Kalmegh B, Patil PN, Ghate MR, Sarmukaddam S, Paralikar VP. Stresses and Disability in Depression across Gender. *Depress Res Treat*. 2014;2014:735307. DOI: 10.1155/2014/735307. PMID: 24579042.
9. Qin X, Sun J, Wang M, Lu X, Dong Q, Zhang L, et al. Gender Differences in Dysfunctional Attitudes in Major Depressive Disorder. *Front Psychiatry*. 2020;11:86. DOI: 10.3389/fpsy.2020.00086. Erratum in: *Front Psychiatry*. 2020;11:541955. PMID: 32180737.

Kozhyna H.M., Khaustov M.M., Koltsova H.H.

GENDER APPROACH TO PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION IN COMPLEX TREATMENT OF DEPRESSIVE DISORDERS

The importance and necessity of studying the gender specificity of mental disorders has been repeatedly emphasized. Significant differences in the mechanisms of formation of depressive disorders in men and women determine the specificity of clinical-psychopathological and pathopsychological manifestations and determine the need for the use of differentiated therapeutic and diagnostic approaches. 147 patients with depressive disorders (76 female and 71 male) were examined. Clinical-psychopathological, psychodiagnostic and catamnestic research methods were used. Based on the data obtained during the work, a personalized system of therapy for depressive disorders with differentiated use of psychopharmacotherapy, psychotherapy and psychoeducation methods was developed and tested. As a result of the study, we concluded that for the treatment of patients with a depressive episode, a program should be used, which includes: pharmacotherapy (selective serotonin reuptake inhibitor Sertraline, melatonergic antidepressant Agomelatine, anxiolytics), gender-specific individual and group psychotherapy and psychoeducation. For the treatment of patients with recurrent depressive disorder, a program should be used, which includes: pharmacotherapy (anxiolytics, combined serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors (Mirtazapine, Venlafaxine)), gender-specific individual and group psychotherapy and psychoeducation. For the treatment of patients with a depressive episode of bipolar affective disorder, a program should be used, which includes:

pharmacotherapy (using valproate, Lamotrigine, selective serotonin reuptake inhibitor Sertraline); gender-specific individual and group psychotherapy and psychoeducation.

Keywords: *depressive disorders, gender differences, psychotherapy, psychoeducation, treatment.*

Кожина А.М., Хаустов М.М., Кольцова Г.Г.

ГЕНДЕРНЫЙ ПОДХОД К ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Важность и необходимость изучения гендерной специфики психических расстройств подчеркивалась неоднократно. Существенные отличия механизмов формирования депрессивных расстройств у мужчин и женщин обуславливают специфику клинико-психопатологических и патопсихологических проявлений и определяют необходимость применения дифференцированных лечебно-диагностических подходов. Обследовано 147 больных депрессивными расстройствами (76 женщин и 71 человек). Используются клинико-психопатологический, психодиагностический и катamnестический методы исследования. На основании полученных в ходе работы данных была разработана и апробирована персоналицированная система терапии депрессивных расстройств с дифференцированным использованием методов психофармакотерапии, психотерапии и психообразования. В результате исследования мы пришли к выводу, что для лечения пациентов с депрессивным эпизодом следует использовать программу, которая включает: фармакотерапию (селективный ингибитор обратного захвата серотонина Сертралин, мелатонинергический антидепрессант Агомелатин, анксиолитики), гендерно обусловленную психотерапию и группу психотерапии и индивидуальную. Для лечения пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством следует использовать программу, включающую: фармакотерапию (анксиолитики, комбинированные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (Миртазапин, Венлафаксин)), гендерно обусловленную индивидуальную и групповую психотерапию и психообразование. Для лечения пациентов с депрессивным эпизодом биполярного аффективного расстройства следует использовать программу, которая включает: фармакотерапию (с использованием вальпроатов, Ламотриджина, селективного ингибитора обратного захвата серотонина Сертралин); гендерно обусловленную индивидуальную и групповую психотерапию и психообразование.

Ключевые слова: *депрессивные расстройства, гендерные отличия, психотерапия, психообразование, лечение.*

Надійшла до редакції 14.04.2021

Відомості про авторів

Кожина Ганна Михайлівна – доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету.

Адреса: Україна, 61022, м. Харків, пр. Науки, 4, ХНМУ.

E-mail: amkozhyzna888@gmail.com

ORCID: 0000-0002-2000-707X.

Хаустов Максим Миколайович – доктор медичних наук, доцент, професор кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету.

Адреса: Україна, 61022, м. Харків, пр. Науки, 4, ХНМУ.

E-mail: haustov217@gmail.com

ORCID: 0000-0002-8613-2172.

Кольцова Галина Геннадіївна – лікар-психіатр 14 психіатричного відділення для дорослих КНП ХОР «Обласна клінічна психіатрична лікарня № 3».

Адреса: Україна, 61000, м. Харків, вул. Ак. Павлова, 46.

E-mail: koltcova135@gmail.com

ORCID: 0000-0003-0490-6363.