

УДК 616.895.4-072.8-085

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

Е. Ю. Антохин

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава»

Многообразие стрессовых воздействий в современных условиях сопровождается ростом числа аффективных расстройств и особенно психогенных депрессий [6, 8, 11, 26]. Их высокая распространенность связана не только с социально-экономическими преобразованиями в современном обществе, но и с патоморфозом психогений, особенностью которых является непсихотический уровень с преобладанием астенической и сомато-вегетативной симптоматики [1, 28]. Динамика психогенных депрессий нередко отличается затяжным, социально дезадаптирующим течением с усложнением клинической картины и формированием фармакологической резистентности [7, 12, 21, 22, 27]. Несмотря на психогенный характер депрессий, обуславливающий ведущую значимость стрессовых событий в этиологии рассматриваемой патологии, не исключается и патогенное влияние на развитие и течение заболевания таких биологических факторов как нарушение моноаминного обмена, а также пола и возраста [3, 4, 14, 16, 18]. В дифференциации клинических проявлений депрессий гендерные различия имеют немаловажное значение. При этом недоучет полового состава изучаемых групп может приводить к противоречивым результатам и выводам в работах, проводимых по одной и той же методике, в зависимости от того, кто преобладал в данной выборке – мужчины или женщины [4, 25]. В работах по эпидемиологии депрессий доминируют данные, указывающие на большую распространённость депрессий среди женщин, что связывают не только с особенностями биологии (прежде всего гормональными), но и социально-психологическими или гендерными ролями, определяющими стрессовую доступность женщин, в результате, в частности, слабости протекторных психологических структур [2, 6, 13, 15, 17]. Тем не менее, ряд авторов указывают на «скрытую» от популяционных исследований часть «мужских депрессий», в частности, данные N.Singleton и соавт. [29], в которых соотношение депрессивных эпизодов и расстройств среди мужчин и женщин установлено как 0,8:1,0. Более высокая распространённость депрессий среди женщин может быть обусловлена менее активным обращением мужчин с депрессивными

симптомами за медицинской помощью, что связано с определённым гендерным стереотипом «господствующей мужественности» («настоящие мужчины никогда не плачут») [19, 20]. Это подтверждается высоким показателем смертности вследствие суицидов, который выше среди мужчин, чем среди женщин [5, 30].

Таким образом, патогенез психогенных депрессий укладывается в биопсихосоциальную концепцию психиатрии, что предполагает комплексное лечение депрессивных больных, включающее фармакотерапию и психосоциотерапию с учётом половой принадлежности и/или гендерных различий [10, 23, 24].

Цель работы – определение клинических особенностей и подходов в терапии психогенных депрессий с учётом гендерного (полового) фактора.

Материал и методы

Исследование проведено на базе отделения неврозов и психотерапии Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №1 (главный врач – Г.Б.Прусс). Необходимыми критериями отбора и включения в исследование явились: наличие у больного в структуре психопатологического состояния непсихотической депрессии, развившейся в связи с психотравмирующей ситуацией; присутствие в переживаниях психотравмирующих обстоятельств с зависимостью клинических проявлений от их интенсивности и улучшением состояния больного при разрешении психотравмы либо ее дезактуализации, в том числе, в результате терапии. В исследовании приняли участие 60 пациентов, в их числе 30 мужчин (средний возраст $43,2 \pm 12,8$ года) и 30 женщин (средний возраст $43,3 \pm 10,2$ года). Все больные были обследованы в условиях стационара до и после комплексной терапии (средний койко-день $48,2 \pm 5,8$), включающей психофармакотерапию, психотерапию в групповой и индивидуальной форме, социотерапевтические мероприятия. Исключались больные с депрессией психотического уровня, депрессией невротического уровня эндогенного и соматогенного происхождения, неврозоподобными расстройствами в рамках органического поражения ЦНС и малопрогреди-

ентной шизофрении, а также лица с расстройствами личности в стадии декомпенсации.

По диагностическим критериям МКБ-10 исследуемые пациенты соответствовали следующим категориям: F43.20 – 10 мужчин (33,4%) и 12 женщин (40%) – пролонгированные депрессивные реакции и состояния; F34.1 – 4 мужчины (13,3%), 8 женщин (26,7%) – хронические депрессивные состояния (дистимии); F32.0, F32.1, F 32.2 – 12 мужчин (40%), 8 женщин (26,7%) – депрессивные эпизоды легкой, средней и тяжелой без психотических симптомов степени выраженности; F41.2 – 4 мужчин (13,3%), 2 (6,6%) женщины – смешанное тревожное и депрессивное расстройство.

Помимо клинико-психопатологического метода в исследовании использовались следующие методики.

Для объективизации клинических данных: опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R, разработанный L.R.Derogatis, адаптированный в России Н.В.Тарабриной [9], который состоит из 90 высказываний, определяющих актуальный симптоматический статус.

Для изучения особенностей копинг-поведения: опросник Е.Нейм (1988), который позволяет определить модальности 26 вариантов копинга в поведенческой, эмоциональной, когнитивной сферах разной степени адаптивности.

Статистическая обработка данных проводилась в системе STATISTICA 7.0 для Windows. Для проверки гипотез о значимости различий применялись непараметрические критерии: U-критерий Манна-Уитни для независимых выборок, W – критерий согласованных пар Вилкоксона для зависимых выборок. В качестве значимых принимались результаты со степенью достоверности не ниже 95% ($p < 0,05$).

Результаты исследования и обсуждение

В структуре психогенных депрессий у мужчин, по сравнению с женщинами, установлено достоверное превалирование выраженности тревожно-фобических симптомов в сочетании с проявлениями враждебности-дисфории (рисунок, табл.1). Ведущими стрессорами у мужчин являлись производственные (увольнение в связи с сокращением штатов) и нозогенные (подозрение на инфаркт миокарда) психогении, в меньшей степени семейно-бытовые (утрата близких либо развод). Больные

испытывали повторяющиеся неприятные, неотвязные мысли о произошедших психотравмирующих событиях с внезапным вторжением в сознание отрицательных воспоминаний, образных представлений, повторных кошмарных сновидений. Ситуация потери работы с «драматическим» представлением «краха жизненных достижений», невозможностью материального обеспечения семьи приводила к выраженной тревоге с соматовегетативным симптомокомплексом и манифестации болезни «псевдоинфарктными масками» с вызовом «скорой помощи» (14 пациентов) и стационарированием в кардиологическое отделение (8 больных). После исключения диагноза «инфаркт» и констатации вегетососудистой дистонии по кардиальному типу пациенты направлялись на консультацию психотерапевта и затем в отделение неврозов. Достаточно продолжительный период отсутствия адекватной терапии тревожного состояния приводил к углублению аффекта с формированием тревожной депрессии и ограничительного поведения (тревожно-фобическая депрессия), что объективизировалось данными опросника SCL-90-R при поступлении.

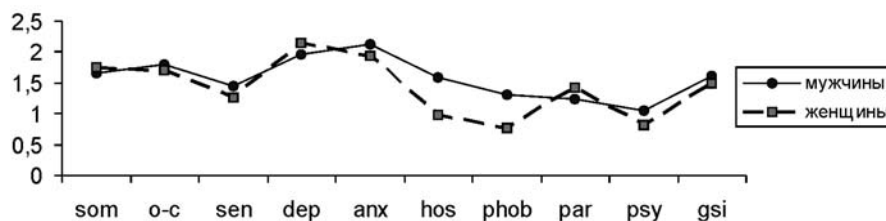
Другая часть мужчин (16 пациентов) в стрессовой ситуации реагировала на начальных этапах болезни появлением неврастенической симптоматики, чему способствовали производственные психогении с усилением нагрузки на работе наряду с сокращением заработной платы и социальных поощрений (отпуск с льготным отдыхом). В клинической картине это проявлялось повышенной утомляемостью при выполнении работы с отреагиро-

Таблица 1

Выраженность синдромов по данным опросника SCL-90-R до начала терапии

Шкалы	мужчины		женщины		P (U-критерий Манна-Уитни)
	M	SD	M	SD	
som	1,65	0,73	1,77	0,66	0,74
o-c	1,80	0,62	1,70	0,57	0,54
sen	1,45	0,75	1,28	0,55	0,39
dep	1,97	0,50	2,14	0,41	0,18
anx	2,13	0,76	1,94	0,73	0,31
hos	1,61	0,85	1,00	0,69	0,01
phob	1,31	0,90	0,77	0,51	0,03
par	1,23	0,79	1,44	2,99	0,23
psy	1,07	0,54	0,82	0,36	0,07
gsi	1,63	0,48	1,50	0,33	0,23

Примечания: обозначение шкал см. рисунок; M (mean) – среднее значение в баллах опросника; SD – стандартное отклонение.



Синдромальные профили больных мужчин и женщин по данным опросника SCL-90-R до начала терапии

Примечания: som – «соматизация», o-c – «обсессивность-компульсивность», sen – «межличностная сензитивность», dep – «депрессия», anx – «тревожность», hos – «враждебность», phob – «фобическая тревожность», par – «паранойальность», psy – «психотизм», gsi – «индекс выраженности симптомов».

ванием, особенно при контакте с близкими, вспышками раздражительности, вербальной агрессией. У больных нарушался сон, возникала наряду с ощущением постоянной усталости, тяжесть в голове и упорная головная боль. Нередко пациенты прибегали для снятия напряжения к приёму алкоголя, что приводило к усилению соматовегетативных проявлений с тревогой. На обращении к психотерапевту чаще всего настаивали близкие родственники либо коллеги по работе. Данный вариант развития психогении у мужчин на момент поступления был представлен тревожно-дисфорической депрессией с неврастеническими симптомами.

Копинг-поведение мужчин (табл. 2) при поступлении характеризовалось равной представленностью адаптивных и неадаптивных вариантов во всех трёх сферах с большей дезадаптивностью эмоциональной сферы. Ведущей стратегией преодоления стрессовой ситуации в поведенческой сфере являлось «отступление» (0,40), предполагающее изоляцию, пассивность и избегание активных действий в преодолении трудностей (неадаптивный копинг). В когнитивной сфере ведущим копингом являлась «растерянность» (0,30) с ощущением потери когнитивного контроля над ситуацией. Эмо-

циональная сфера у мужчин характеризовалась наибольшей выраженностью дезадаптивных вариантов копинга (среднее: адаптивные – 0,30; неадаптивные – 0,57). В эмоциональной сфере, наряду с представленностью в числе ведущих адаптивного копинга «оптимизма» (0,27), определялись неадаптивные варианты – «подавление эмоций» (0,27) и «покорность» (0,20).

В отличие от мужчин у женщин ведущими стрессорами являлись семейно-бытовые факторы, связанные с длительной нестабильностью семейных отношений с нередкой алкоголизацией мужа либо его изменами, а также одинокое (без мужа) проживание с детьми и/или своими родителями, низкая материальная обустроенность, что создавало длительное эмоциональное напряжение. Среди производственных факторов превалировала работа с низкой оплатой труда и высокой психоэмоциональной нагрузкой (в частности, педагоги и медицинские работники). Клиническим выражением стрессорных ситуаций явилось формирование тревожно-адинамического либо дистимического вариантов психогенной депрессии. При поступлении женщины чаще жаловались на ощущение «хронической усталости», безрадостности, низкую как физиче-

Таблица 2

Копинг больных мужчин и женщин по данным опросника E.Heim до начала комплексной терапии

Копинг	мужчины		женщины		P (U-критерий Манна-Уитни)
	M	SD	M	SD	
поведенческая сфера					
отвлечение	0,03	0,18	0,07	0,25	0,56
альtruизм	0,00	0,00	0,03	0,18	0,32
активное избегание	0,10	0,31	0,10	0,31	1,00
компенсация	0,07	0,25	0,00	0,00	0,15
конструктивная активность	0,00	0,00	0,03	0,18	0,32
отступление	0,40	0,50	0,27	0,45	0,28
сотрудничество	0,20	0,41	0,13	0,35	0,49
обращение	0,20	0,41	0,37	0,49	0,16
адаптивные	0,43	0,50	0,53	0,51	0,44
относительно адаптивные	0,10	0,31	0,10	0,31	1
неадаптивные	0,47	0,51	0,37	0,49	0,44
когнитивная сфера					
игнорирование	0,07	0,25	0,10	0,31	0,64
смирение	0,03	0,18	0,07	0,25	0,56
диссимуляция	0,03	0,18	0,03	0,18	1,00
сохранение самообладания	0,10	0,31	0,07	0,25	0,64
проблемный анализ	0,20	0,41	0,20	0,41	1,00
относительность	0,03	0,18	0,00	0,31	0,36
религиозность	0,13	0,35	0,07	0,25	0,39
растерянность	0,30	0,47	0,23	0,43	0,56
придание смысла	0,00	0,00	0,00	0,00	—
установка собственной ценности	0,10	0,31	0,13	0,35	0,69
адаптивные	0,40	0,50	0,40	0,50	1,00
относительно адаптивные	0,17	0,38	0,17	0,38	1,00
неадаптивные	0,43	0,51	0,43	0,50	1,00
эмоциональная сфера					
протест	0,03	0,18	0,03	0,18	1,00
эмоциональная разгрузка	0,10	0,31	0,37	0,49	0,01
подавление эмоций	0,27	0,45	0,13	0,35	0,20
оптимизм	0,27	0,45	0,17	0,37	0,35
пассивная кооперация	0,03	0,18	0,03	0,18	1,00
покорность	0,20	0,41	0,03	0,18	0,04
самообвинение	0,03	0,18	0,20	0,41	0,04
агрессивность	0,07	0,25	0,03	0,18	0,56
адаптивные	0,30	0,47	0,20	0,41	0,38
относительно адаптивные	0,13	0,35	0,40	0,50	0,02
неадаптивные	0,57	0,50	0,40	0,50	0,20

Примечания: M (mean) – среднее значение частоты выбора; SD – стандартное отклонение.

скую, так и психосоциальную активность. В эмоциональном плане присутствовала пессимистическая оценка прошлого, настоящего и будущего, причём в жалобах наиболее подчёркивалась несостоятельность во всех сферах жизнедеятельности. Субъективно депрессивный аффект воспринимался как «наказание за бесцельно растроченные годы замужества», что также проявлялось отдельными эндоморфными симптомами в виде витальности с нарушениями сна, сверхценными идеями самообвинения (прежде всего в отношении недостаточного воспитания детей), которые, тем не менее, носили нестойкий характер. Вербализация идей самообвинения сопровождалась драматизацией аффекта с явным поиском социальной поддержки. Следует отметить, что у большинства женщин установлены признаки эмоциогенного пищевого поведения с предпочтением сладкого в пищевом рационе как «символического заедания проблемы» и смещением приёма пищи в вечернее время либо перед сном. Эмоциогенное пищевое поведение приводило к избыточной массе тела, которая анамнестически представлялась как связанная с депрессией (27 пациенток). Так же, как и у мужчин, в клинической картине психогенной депрессии женщин был представлен соматовегетативный симптомокомплекс, который имел отличия. Он проявлялся нестабильностью артериального давления с тенденцией к гипотонии, ощущениями слабости в ногах и руках, головокружениями при перемене положения тела, выраженной потливостью, гастроинтестинальными симптомами, ощущениями кома в горле, чувством нехватки воздуха на высоте тревоги.

Указанные особенности клиники психогенных депрессий у женщин и мужчин нашли отражение в синдромальной конфигурации по данным опросника SCL-90-R (рисунок, табл. 1) с более высокими, чем у мужчин (хотя и не достигающими статистической достоверности) показателями депрессии (2,14 – жен.; 1,97 – муж.) и соматизации (1,77 – жен. и 1,65 – муж.) у женщин.

Копинг-поведение женщин так же, как и мужчин, характеризовалось заметным патопротекторным содержанием (табл. 2). Наибольшая адаптивность по структуре копинга у женщин установлена в поведенческой сфере (адаптивные варианты – 0,53, неадаптивные – 0,37). Наряду с ведущими дезадаптивными копингами – «отступление» (0,27) и «активное избегание» (0,10) – женщины прибегали чаще, чем мужчины, к адаптивным вариантам совладания со стрессом через обращение за помощью (0,37) и сотрудничество (0,13). Когнитивная сфера представлена двухполюсной (адаптивность/дезадаптивность) дифференциацией структуры копинга (в среднем 0,40 и 0,43 соответственно). Здесь более частое использование неадаптивных копингов – «растерянность» (0,23) и «игнорирование» (0,10) сочетается с адаптивными – «проблемным анализом» (0,20) и «установкой собственной ценности» (0,13). Так же, как и у мужчин, наимень-

шая адаптивность по структуре копинга у женщин установлена в эмоциональной сфере (в среднем адаптивные – 0,20; дезадаптивные – 0,40) с ведущими копингами «самообвинение», в отличие от мужчин (в среднем 0,20 и 0,03 соответственно при $p=0,04$). Установлена большая выраженность у женщин, в сравнении с мужчинами, относительно адаптивных вариантов (в среднем жен. – 0,40; муж. – 0,13 при $p=0,02$), в частности «эмоциональной разгрузки» (в среднем жен. – 0,37, муж. – 0,10 при $p=0,01$). Полученные данные о копинг-структуре определяют гендерные различия при психогенных депрессиях в эмоциональной сфере, которые указывают на большую адаптивную ресурсность эмоциональной сферы у женщин за счёт лучшего использования в ситуации стресса относительно адаптивных вариантов совладания.

Следует отметить, что наличие в сознательной протекторной структуре как у мужчин, так и у женщин, наряду с неадаптивными вариантами копинг-поведения, адаптивных копингов, указывает на сохранность в целом адаптационного ресурса пациентов. Тем не менее, явная двухполюсная дифференциация копинга (адаптивно-дезадаптивная) при психогенных депрессиях, по-видимому, является отражением выраженного внутриличностного напряжения (конфликта), что ведёт к нестабильности, прежде всего, аффективного/соматовегетативного статуса и определяет «мишени» комплексной терапии. «Мишенями» психофармакотерапии являются, прежде всего, клинические симптомы и синдромы. «Мишенями» психотерапии и социотерапии – личность больного с дезадаптивной (патопротекторной) структурой копинг-механизмов. Но наибольшая эффективность может быть достигнута не изолированным, а комплексным подходом («фармакотерапия открывает двери в психотерапию»).

С учётом установленных гендерных различий клиники в фармакотерапии депрессий мужчин (тревожно-фобическая депрессия и тревожно-дисфорическая депрессия с неврастеническими симптомами) был назначен атакпароксетин (пароксетин). Выбор препарата обусловлен высоким серотонинергическим действием пароксетина на такие симптомы как гипотимия, тревожно-фобические расстройства. Пароксетин усиливает контроль за импульсивно-компульсивными действиями, подавляя агрессивное поведение и редуцируя соматовегетативный дискомфорт, что также связывают с усилением нейротрансмиссии серотонина [14, 27].

В нашем исследовании монотерапия атакпароксетином мужчин с преобладанием тревожно-фобических симптомов в структуре психогенной депрессии с начальной дозировкой 20 мг/сут с достижением дозировки до 60 мг/сут ко второй неделе терапии также показала свою эффективность. С первых же дней отмечены снижение частоты приступов тревоги и стабилизация соматовегетативного статуса, что приводило к активации поведения, расширению социальных контактов, совершению прогулок за

пределами отделения. Положительная динамика характеризовалась субъективным ощущением «ясности» в голове с формированием оптимистического взгляда в будущее. Приём препарата сопровождался хорошим профилем переносимости с отсутствием характерных для СИОЗС ощущений тошноты, тяжести в эпигастрии.

Другая группа мужчин с тревожно-дисфорическим вариантом и неврастеническими симптомами психогенной депрессии показала большую устойчивость к монотерапии актапароксетином. Используя данные исследований резистентных депрессий, в которых, в частности, указывается на сложную структуру депрессии в дебюте как на фактор формирования резистентности [14, 21, 22, 27], в этой группе мужчин была применена комбинированная фармакотерапия актапароксетином (в дозе 20–60 мг утром) и мirtазоном (15–30 мг на ночь). К первой неделе комбинированной терапии наряду с регрессом тревожной симптоматики отмечено усиление контроля за импульсивностью, вербальной агрессией. Несмотря на некоторую седацию на начальных этапах терапии и снижение активности, пациенты отмечали наступление «душевного облегчения», избавление от выраженного эмоционального напряжения, отдых и ощущение бодрости ближе к вечеру, улучшение межличностного общения с близкими. Указанная комбинация также показала хороший профиль переносимости. Субъективно значимые побочные эффекты отмечены у трёх мужчин в виде выраженного головокружения, нестабильности зрения, сухости ротовой полости и запоров, которые редуцировались при снижении дозировок препаратов.

Антидепрессивная фармакотерапия у женщин (тревожно-динамический и дистимический варианты психогенной депрессии) проводилась эфевелон. При тревожно-динамическом варианте депрессии препарат назначался в суточной дозировке 75 мг на два приёма с последующим наращиванием дозы до 150 мг в течение двух недель. Данная схема приводила к редукации на первой неделе терапии тревоги, стабилизации соматовегетативных расстройств. Ко второй неделе возрастала активность, общительность, пациентки охотно включались в групповую психотерапевтическую работу. При дистимических депрессиях, которые нередко характеризуются резистентностью к лечению, эфевелон назначался с более быстрым наращиванием дозировок с достижением к 10 дню терапии дозы в 225–300 мг/сут и последующим наращиванием дозировки до 375 мг/сут. В первую неделю терапия эфевелоном сопровождалась назначением транквилизаторов либо малых доз нейролептиков для коррекции сна (в частности, кветиапина в дозе 25–50 мг на ночь). Из побочных действий препарата наиболее часто встречались головная боль (1 пациентка), тошнота с рвотой (3 пациентки), проблемы с аккомодацией (1 пациентка), а также нарушения засыпания (4 пациентки). Тем не менее, отказа от терапии

эфевелон не последовало, чему способствовала активная психотерапия с обоснованием выбора препарата, а также назначение на первой неделе препаратов с антиволемическим действием (малые дозы эглонила либо рисперидона) и смещением вечернего приёма дозы эфевелона за 4–6 часов до сна. Кроме того, 90% пациенток отметили положительный момент в возникновении тошноты и снижении аппетита, что в дальнейшем привело к потере «лишних килограммов» и также создало позитивное подкрепление.

Психотерапия обследуемых пациентов включала поэтапное интегративное использование методик, направленных на коррекцию синдромального статуса и воздействие на психологические «мишени» поведенческой, когнитивной и эмоциональной сфер (в частности, копинг) с формированием нового ресурса адаптационного поведения, с осознанием причинно-следственных связей между психотравмирующим воздействием, дезадаптивным использованием копинга и возникновением симптомов депрессии.

Практически с первых дней стационарного лечения больные включались в группу интегративно-управляемого пневмокатарсиса (ИУП), разработка которого основана на пятилетнем опыте применения дыхательных техник при лечении психогенных депрессий путём поэтапного введения приёмов голотропной терапии в суггестивную психотерапию в группе.

С первого сеанса наряду с приёмами классического гипноза используются управляемые дыхательные упражнения, при этом сеанс носит познавательно-обучающий характер. Применяются такие приёмы, как «осознание дыхания» с самонаблюдением за собственными ощущениями, с концентрацией внимания над процессами вдоха и выдоха, представлениями о взаимодействии посредством дыхания организма с окружающей средой, осознанием параллелей влияния внешних воздействий и получаемых ощущений как негативных, так и позитивных. Интенсивность дыхания и продолжительность дыхательных фаз задаётся психотерапевтом, что помогает снизить физическую и эмоциональную нагрузку на пациента. На этом этапе используются эмоционально нейтральные музыкальные произведения (шум леса, океана). Следующему этапу (обучающе-лечебный) предшествует также овладение «направленным дыханием» с выработкой навыков мысленного управления собственными ощущениями с дальнейшим переходом на расслабляющее дыхание (вдох возбуждает, мобилизует, усиливает мышечное напряжение, сопровождается ощущением прохлады; выдох успокаивает, рассеивает отрицательные эмоции, помогает расслаблению мышц, сопровождается ощущением тепла). Обучающе-лечебный этап также сохраняет элементы управления, но в определённый момент сеанса (определяется врачом) пациенты переходят на автономное дыхание, что сочетается с более эмо-

циональной музыкой (например, эзотерические музыкальные произведения). На этом же этапе в сеансы интегрируются и приёмы работы с телом с постепенным вовлечением в сокращение-расслабление мышц различных групп и их синхронизацией с фазами дыхания (вдох – сокращение мышц, выдох – расслабление мышц). Это способствует более целостному восприятию своего организма и демонстрирует возможности самовлияния на телесные ощущения. На завершающем этапе (собственно катарсис – наибольший по продолжительности) вмешательство врача минимально (контролирующая роль) – пациент максимально отреагирует дыханием и двигательной активностью эмоциональную составляющую психогении. В конце каждого сеанса проводится групповое обсуждение переживаемых состояний во время интенсивного дыхания, также пациенты ведут ежедневные дневниковые записи, которые обсуждаются на встречах с врачом и используются им в процессе индивидуальной психотерапии.

ИУП у больных психогенными депрессиями включал 8 ежедневных (с перерывом на выходной) сессий с продолжительностью сессии от 60 минут (на познавательном-обучающем этапе) до 120 минут на завершающем (собственно катарсис) этапе.

Комплексная терапия, включающая приём антидепрессантов (эфевелон, актапароксетин, миртазол) и групповой ИУП, способствовала стабилизации синдромального статуса пациента, прежде всего, купированию тревожно-фобических симптомов у мужчин и сомато-вегетативных с адинамическим компонентом проявлений у женщин, что создало основу для дальнейшей активной психотерапевтической работы.

Со второй недели пребывания в стационаре пациенты также включались в когнитивно-поведенческую группу. На первых занятиях тренинговой группы (информационно-обучающий этап) широко использовалась информационно-образовательная работа с интерактивным разбором причин ухудшения состояния, поощрением приведения собственных примеров. Особую заинтересованность вызывали занятия, посвящённые анатомо-физиологическим и биохимическим механизмам развития депрессии; роли современных препаратов с разбором причин их побочных действий, последствий бессистемного приёма транквилизаторов (профилактика бензодиазепиновой зависимости), что формировало комплаенс к фармакотерапии. Занятия проводились 4 раза в неделю по 1,5 часа в первой половине дня с повторением темы каждого предыдущего занятия. Активно поощрялись ведение записей, формулирование вопросов к следующему занятию, обмен полученной информацией вне группы в отделении, что привлекало пациентов скептически настроенных на групповую работу. По выбору пациента затрагиваемые вопросы дополнительно обсуждались при индивидуальной психотерапии с лечащим врачом. Часть занятий проводи-

лась в игровой форме с обучением техникам коммуникации и релаксации (во второй половине дня), что создавало основу для перехода на следующий этап групповой работы. В вечернее время средним медперсоналом проводились социотерапевтические занятия по предпочтениям пациентов: просмотр и обсуждение телепередач, фильмов, книг, обучение вязанию, проведение конкурсов на лучшую палату. Следующий этап (специализированный) проводился в форме тренинга анализа ситуации (ТАС). Тренинг проводился в течение 3 недель ежедневно по 60 минут. Основная структура занятий была направлена на анализ ситуаций, ведущих к возникновению депрессивных симптомов. При разборе ситуаций, на первых занятиях нейтральных для пациентов, но часто встречаемых (стимульным материалом служили ситуации из психологических тестов), выявлялись дезадаптивные способы поведения и иррациональные мысли, поддерживающие разочарованность, неудачливость и угнетённость. Последующая структура занятий (с разбором значимых ситуаций, приводящих к депрессии) формировала ресурсы адаптивного копинга в поведенческой, когнитивной и эмоциональной сферах.

По окончании комплексной терапии у пациентов с психогенной депрессией проведена повторная оценка синдромального статуса и копинга.

Как у мужчин, так и у женщин по всем шкалам опросника SCL-90-R отмечено достоверное улучшение показателей (табл. 3, 4).

В структуре копинг-поведения у мужчин (табл. 5) повысилась адаптивность (с 0,43 до 0,77 при $p=0,01$) и снизилась неадаптивность (с 0,47 до 0,00) в поведенческой сфере. Аналогичная картина отмечена в когнитивной сфере (повышение адаптивности с 0,40 до 0,70 при $p=0,01$; снижение неадаптивности с 0,43 до 0,00 при $p=0,00$). В эмоциональной сфере установлено снижение использования неадаптивных вариантов совладания со стрессом (с 0,57 до 0,10 при $p=0,00$) и повышение относительно адаптивных вариантов (с 0,13 до 0,37 при $p=0,04$). Таким образом, мужчины по оконча-

Таблица 3

Выраженность синдромов по данным опросника SCL-90-R до и после терапии у мужчин

Шкалы	мужчины до терапии		мужчины после терапии		p (W-критерий согласованных пар Вилкоксона)
	M	SD	M	SD	
som	1,65	0,73	0,40	0,40	0,00
o-c	1,80	0,62	0,78	0,31	0,00
sen	1,45	0,75	0,60	0,39	0,00
dep	1,97	0,50	0,59	0,34	0,00
anx	2,13	0,76	0,44	0,37	0,00
hos	1,61	0,85	0,38	0,24	0,00
phob	1,31	0,90	0,30	0,39	0,00
par	1,23	0,79	0,52	0,42	0,00
psy	1,07	0,54	0,19	0,18	0,00
gsi	1,63	0,48	0,49	0,25	0,00

Примечания: M (mean) – среднее значение частоты выбора; SD – стандартное отклонение.

Таблица 4

Выраженность синдромов по данным опросника SCL-90-R до и после терапии у женщин

Шкалы	женщины до терапии		женщины после терапии		P (W-критерий согласованных пар Вилкоксона)
	M	SD	M	SD	
som	1,77	0,66	0,77	0,43	0,00
o-c	1,70	0,57	0,72	0,43	0,00
sen	1,28	0,55	0,59	0,49	0,00
dep	2,14	0,41	0,71	0,54	0,00
anx	1,94	0,73	0,68	0,44	0,00
hos	1,00	0,69	0,43	0,40	0,00
phob	0,77	0,51	0,37	0,43	0,00
par	1,44	2,99	0,40	0,42	0,00
psy	0,82	0,36	0,27	0,29	0,00
gsi	1,50	0,33	0,59	0,33	0,00

Примечания: M (mean) – среднее значение частоты выбора; SD – стандартное отклонение.

нии терапии перестали прибегать к отступлению в ситуации стресса, с меньшей растерянностью осмысливать психогении, чаще применяя проблемный анализ и повышая собственную ценность с использованием конструктивной агрессии (адаптивный копинг в эмоциональной сфере «протест»). Также результатом терапии стало снижение активации в эмоциональной сфере таких дезадаптивных копингов, как «покорность» и «самообвинение» с более частым использованием относительно адаптивного варианта «пассивной кооперации» («Я доверяю преодолению своих трудностей другим людям, которые готовы помочь мне»).

Улучшение адаптивности копинг-механизмов во всех сферах отмечено и у женщин (табл. 6). В поведенческой сфере снизилась неадаптивность совлада-

Таблица 5

Копинг больных мужчин по данным опросника E.Нейм до и после терапии

Копинг	до терапии		после терапии		p (W-критерий согласованных пар Вилкоксона)
	M	SD	M	SD	
поведенческая сфера					
отступление	0,40	0,50	0,00	0,00	0,00
адаптивные	0,43	0,50	0,77	0,43	0,01
неадаптивные	0,47	0,51	0,00	0,00	0,00
когнитивная сфера					
растерянность	0,30	0,47	0,00	0,00	0,00
придание смысла	0,00	0,00	0,17	0,38	0,00
установка собственной ценности	0,10	0,31	0,33	0,48	0,02
адаптивные	0,40	0,50	0,70	0,47	0,01
неадаптивные	0,43	0,51	0,00	0,00	0,00
эмоциональная сфера					
протест	0,03	0,18	0,23	0,43	0,03
пассивная кооперация	0,03	0,18	0,27	0,45	0,04
покорность	0,20	0,41	0,00	0,00	0,00
самообвинение	0,03	0,18	0,00	0,00	0,00
относительно адаптивные	0,13	0,35	0,37	0,49	0,04
неадаптивные	0,57	0,50	0,10	0,31	0,00

Примечания: M (mean) – среднее значение частоты выбора; SD – стандартное отклонение; приведены только достоверные данные ($p < 0,05$).

Таблица 6

Копинг больных женщин по данным опросника E.Нейм до и после терапии

Копинг	до терапии		после терапии		p (W-критерий согласованных пар Вилкоксона)
	M	SD	M	SD	
поведенческая сфера					
отвлечение	0,07	0,25	0,23	0,43	0,04
отступление	0,27	0,45	0,00	0,00	0,01
относительно адаптивные	0,10	0,31	0,30	0,47	0,03
неадаптивные	0,37	0,49	0,00	0,00	0,00
когнитивная сфера					
растерянность	0,23	0,43	0,00	0,00	0,02
установка собственной ценности	0,13	0,35	0,40	0,50	0,01
адаптивные	0,40	0,50	0,77	0,43	0,00
неадаптивные	0,43	0,50	0,00	0,00	0,00
эмоциональная сфера					
оптимизм	0,17	0,37	0,40	0,50	0,02
самообвинение	0,20	0,41	0,00	0,00	0,03
адаптивные	0,20	0,41	0,47	0,51	0,02
неадаптивные	0,40	0,50	0,03	0,18	0,00

Примечания: M (mean) – среднее значение частоты выбора; SD – стандартное отклонение; приведены только достоверные данные ($p < 0,05$).

ния со стрессом (с 0,37 до 0,00 при $p=0,00$), женщины чаще стали прибегать к относительно адаптивным вариантам (с 0,10 до 0,30 при $p=0,03$), в частности отвлечению от проблемы с погружением в любимое дело (с 0,07 до 0,23 при $p=0,04$). В когнитивной сфере за счёт роста копинга – «установка собственной ценности» (с 0,13 до 0,40 при $p=0,01$) и снижения «растерянности» (с 0,23 до 0,00 при $p=0,02$) также отмечен рост адаптивности совладания со стрессом (с 0,40 до 0,77 при $p=0,00$) и снижение неадаптивности (с 0,43 до 0,00). В эмоциональной сфере – рост «оптимизма» (с 0,17 до 0,40 при $p=0,02$) и снижение «самообвинения» (с 0,20 до 0,00 при $p=0,03$), что также свидетельствует о росте адаптивности структуры копинга после комплексной терапии.

Заключение

Проведенное исследование в изученной группе больных психогенной депрессией установило гендерные различия в клинической картине и в структуре копинг-механизмов. У мужчин клиника психогенной депрессии представлена тревожно-фобической и тревожно-дисфорической депрессией с

неврастеническими симптомами. У женщин определены тревожно-адинамический и дистимический варианты психогенной депрессии. В копинг-структуре и у мужчин, и у женщин преобладает двухполюсная дифференциация (адаптивные/дезадаптивные), что отражает выраженное внутриличностное напряжение (конфликт) и ведёт к нестабильности, прежде всего, аффективного/соматовегетативного статуса, определяя «мишени» комплексной терапии. Наиболее патопротекторной и у мужчин, и у женщин при психогенной депрессии является эмоциональная сфера копинг-структуры. У женщин в сравнении с мужчинами адаптивность копинга в эмоциональной сфере выше за счёт относительно адаптивных вариантов.

При проведении комплексной терапии, включающей психофармакотерапию современными антидепрессантами (актапароксетин, мirtазолон, эфевелон), социотерапию и психотерапию в индивидуальной и групповой форме, следует учитывать гендерный фактор, определяющий особенности клиники, копинг-механизмов, что позволяет повысить её эффективность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М.: Медицина, 2000.
2. Бочкарёва А.В., Холмогорова А.Б. Гендерные факторы депрессивных расстройств // Материалы XIV съезда психиатров России. 2005. С. 389.
3. Волкова О.Н. Взаимосвязь гендерных и клинико-психологических характеристик с качеством жизни больных невротическими расстройствами: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 2009.
4. Ильин Е.П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины. М., 2003.
5. Каргин А.М., Холмогорова А.Б., Войцех В.Ф. Личностные факторы суицидального поведения у пациентов кризисного стационара, совершивших суицидальные попытки // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, №4. С. 15–20.
6. Колесников И.А. Невротические депрессивные расстройства и семейное функционирование у беременных женщин (в связи с задачами психотерапии): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 2010.
7. Петухов В.В. Затяжные депрессии (структура, терапевтическая динамика, прогноз): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2005.
8. Степанов И.Л. Структурные особенности ангедонии больных психогенными депрессивными расстройствами // Материалы Российской конференции «Аффективные и шизоаффективные расстройства». М., 2003. С. 101.
9. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
10. Холмогорова А.Б. Био-психо-социальная модель как методологическая основа исследований психических расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2002. Т. 11, №3. С. 97–114.
11. Холмогорова А.Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра: Автореф. дисс. ... докт. психол. наук. М., 2006.
12. Шмунк Е.В. Факторы, оказывающие влияние на клинику и течение депрессивных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 2. С. 84–92.
13. Яковлева С.В. Суицидальные попытки путём самоотравления (эпидемиологический, токсикологический и клинический аспекты): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2003.
14. Anderson I.M., Edwards J.G. Guidelines for choice of selective serotonin reuptake inhibitor in depressive illness // Psychiatr. Treatment. 2001. N 7. P. 170–180.
15. Anson O., Levenson A., Bonneh D.Y. Gender and health on the kibbutz // Sex Roles. 1990. N 22. P. 213–236.
16. Ashmore R. D. Sex, gender, and the individual // Handbook of personality theory and research / L.A.Pervin (Eds.). New York: Guilford Press, 1990.
17. Bebbington P., Dunn G., Jenkins R. et al. The influence of age and sex on the prevalence of depressive conditions: report from the National Survey of Psychiatric Morbidity // Int. Rev. Psychiatry. 2003. N 15. P. 74–83.
18. Blier M.J., Blier-Wilson L.A. Gender differences in self-rated emotional expressiveness // Sex Roles. 1989. N 21. P. 287–295.
19. Branney P., White A. Big boys don't cry: Depression and men // Psychiatr. Treatment. 2008. N 14. P. 256–262.
20. Cameron D. The myth of Mars and Venus: Do men and women really speak different languages? Oxford University Press, 2007.
21. Carpenter L.L., Yasmin S., Price L.H. A double-blind, placebo-controlled study of antidepressant augmentation with Mirtazapine // Biol. Psychiatry. 2002. N 51. P. 183–188.
22. Cowen P.J. New drugs, old problems revisiting...Pharmacological management of treatment-resistant depression // Psychiatr. Treatment. 2005. N 11. P. 19–27.
23. Engel G.L. The biopsychosocial model and medical education: who are to be the teachers? // N. Engl. J. Med. 1982. N 3. P. 802–805.
24. Gabbard G.O., Kay J. The Fate of Integrated Treatment: Whatever Happened to the Biopsychosocial Psychiatrist? // Am. J. Psychiatry. 2001. N 158. P. 1956–1963.
25. Gur R.E., Gur R.C. Sex differences in the relation among handedness, sighting dominance and eye-acuity // Neuropsychol. 1977. Vol. 15, N 4–5. P. 585–590.
26. Harkness K.L., Monroe S.M. Childhood adversity and the endogenous eersus nonendogenous distinction in women with major depression // Am. J. Psychiatry. 2002. N 159. P. 387–393.
27. Qaseem A., Snow V., Denberg T.D. et al. Using second-generation antidepressants to treat depressive disorders: a clinical practice guideline from the American college of physicians // Ann. Int. Med. 2008. N 149. P. 725–733.
28. Rochlen A., Wilde M., Hoyer W. The Real Men. Real Depression Campaign: overview, theoretical implications, and research considerations // Psychology of Men and Masculinity. 2005. N 6. P. 186–194.
29. Singleton N., Bumpstead R., O'Brien M. et al. Psychiatric Morbidity among Adults Living in Private Households. 2000. TSO (The Stationery Office).
30. White A., Holmes M. Patterns of mortality across 44 countries among men and women aged 15–44 years // J. Men's Health & Gender. 2006. N 3. P. 139–151.

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОГЕННЫХ ДЕПРЕССИЙ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ

Е. Ю. Антохин

Цель работы – определение клинических особенностей и подходов в терапии психогенных депрессий с учётом гендерного (полового) фактора.

В исследовании приняли участие 30 мужчин и 30 женщин (средний возраст $43,2 \pm 12,8$ года и $43,3 \pm 10,2$ года соответственно). По диагностическим критериям МКБ-10: F43.20 – 10 мужчин (33,4%) и 12 женщин (40%) – пролонгированные депрессивные реакции и состояния; F34.1 – 4 мужчин (13,3%), 8 женщин (26,7%) – хронические депрессивные состояния – дистимии; F32.0, F32.1, F32.2 – 12 мужчин (40%), 8 женщин (26,7%) – депрессивные эпизоды легкой, средней и тяжелой без психотических симптомов степени выраженности; F41.2 – 4 мужчины (13,3%), 2 (6,6%) женщины – смешанное тревожное и депрессивное расстройство.

Помимо клинико-психопатологического метода в исследовании использовались: опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R и опросник E.Heim (1988), который позволяет определить модальности 26 вариантов coping в поведенческой, эмоциональной, когнитивной сферах разной степени адаптивности. Статистическая

обработка данных проводилась с помощью Statistica 7.0 для Windows.

Проведенное исследование установило гендерные различия в клинической картине и в структуре coping-механизмов. У мужчин клиника психогенной депрессии представлена тревожно-фобической и тревожно-дисфорической депрессией с неврастеническими симптомами. У женщин определены тревожно-адинамический и дистимический варианты психогенной депрессии. В coping-структуре и у мужчин, и у женщин преобладает двухполюсная дифференциация (адаптивные/деадаптивные), что отражает выраженное внутриличностное напряжение (конфликт) и ведет к нестабильности, прежде всего, аффективного/соматовегетативного статуса, определяя «мишени» комплексной терапии. Наиболее патопротекторной и у мужчин, и у женщин при психогенной депрессии является эмоциональная сфера coping-структуры. У женщин в сравнении с мужчинами адаптивность coping в эмоциональной сфере выше за счет относительно адаптивных вариантов.

Ключевые слова: психогенные депрессии, гендерные особенности, терапия.

GENDER ASPECTS OF PSYCHOGENIC DEPRESSIONS: CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT APPROACHES

E. Yu. Antokhin

Goal: investigation of clinical characteristics of psychogenic depressions and treatment approaches with regard to the gender factor.

Material: 30 males and 30 females (average age respectively 43.2 ± 12.8 and 43.3 ± 10.2 years).

According to the ICD-10 diagnostic criteria: F43.20 – 10 males (33,4%) and 12 females (40%) with prolonged depressive reactions and conditions; F34.1 – 4 males (13,3%) and 8 females (26,7%) with chronic depressive conditions, dysthymia; F32.0, F32.1, F32.2 – 12 males (40%) and 8 females (26,7%) with mild, moderate and severe depressive episodes free of psychotic symptoms; F41.2 – 4 males (13,3%) and 2 females (6,6%) with mixed anxious and depressive disorder.

Methods: Besides the clinical-psychopathological method, the author has used the SCL-90-R and the inquiry developed by E.Heim (1988) that allows to determine the modality of 26 coping variants in behavioral, emotional and cognitive spheres, with varying degrees of adjustment. Statistical analysis has been performed with the help of Statistica 7.0 for Windows.

Results: the investigation shows gender differences in the clinical picture of the disorder and in the structure of coping mechanisms. In men, the clinical picture of psychogenic depression is presented by anxious-phobic and anxious-dysphoric depressions with neurasthenic symptoms.

In women, anxious-adyamic and dysthymic variants of psychogenic depression prevail. As for the coping-structure, in both men and women bipolar differentiation (adaptive/maladaptive) seems to predominate, which reflects pronounced intrapersonal tension (conflict) and leads to instability of primarily affective/ somatovegetative status, thus showing the targets for treatment. Emotional sphere of the coping-structure is the most "pathoprotective" in psychogenic depression in both men and women. Women show a better coping adaptivity in emotional sphere due to relatively adaptive variants.

Key words: psychogenic depression, gender characteristics, treatment.

Антохин Евгений Юрьевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава»; врач-психотерапевт, клинический психолог отделения неврозов и психотерапии ГУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1»; e-mail: antioh73@rambler.ru