

УДК 616.89–008.454:615.015.46]-06:616.89–008.438.4–085.851.113

Канд. мед. наук, доц. Л. В. ПАХМАН¹,
д-р мед. наук, проф. М. В. МАРКОВА²

РОЛЬ АЛЕКСИТИМІЇ І КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ТА ЇХ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК У ГЕНЕЗІ ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНИХ ДЕПРЕСІЙ

¹ Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
² Харківська медична академія післядипломної освіти

Установлено чіткий зв'язок між синдромом алекситимії та депресивною симптоматикою у хворих із терапевтично резистентними депресіями. Виявлено, що обмеження можливості розуміти себе, значний дефіцит рефлексії є поштовхом до формування хибної ментальної моделі функціонування та вибору неадаптивних стратегій, спрямованих на усунення або зменшення сили впливу стресогенного фактора на особистість (копінг-стратегії), що в підсумку стає значною перешкодою в ефективному лікуванні таких пацієнтів. При терапевтично резистентних депресіях переважають неадаптивні варіанти копінг-стратегій (серед когнітивних — розгубленість та примирення, серед емоційних — покірність, самозвинувачення, пригніченість емоцій, серед поведінкових — активне уникання та відступ).

Ключові слова: терапевтично резистентні депресії, алекситимія, копінг-стратегії.

На теперішній час депресії є одними із найчастіших захворювань психіки. Багато авторів відзначають їх істотне зростання. Зараз депресія входить до основних причин втрати працездатності по всьому світу. На шляху подолання цієї найактуальнішої проблеми в медицині є ціла низка труднощів, зокрема резистентність депресивної симптоматики до лікування. Так, сучасні епідеміологічні та клініко-психопатологічні дослідження ілюструють, що понад 50% хворих на депресії не виявляють суттєвого клінічного покращання. Виходячи з цих даних, слід зазначити, що велика частка (від 30 до 60%) таких розладів позначаються як терапевтично резистентні депресії (ТРД) [1–4]. Характер перебігу ТРД у більшості випадків є дуже тривалим з істотним стресовим навантаженням та розвитком вираженої соціальної дезадаптації, що стає відчутною соціально-економічною проблемою [5, 6]. ТРД властиві атиповість та поліморфізм клінічної картини, структурна складність депресивної симптоматики, наявність гетерогенних включень, стертість, монотонність і ригідність, які наростають при повторних епізодах, соматизація психопатологічних проявів [6–8]. Тому на сьогодні актуальним залишається пошук достовірних маркерів клінічної картини та ефективності лікування при ТРД. У цьому аспекті увага багатьох дослідників прикута до вивчення питання алекситимічного радикала в структурі клінічної картини багатьох психічних розладів. На цьому етапі встановлений чіткий зв'язок між синдромом алекситимії та депресивною симптоматикою, причому рівень алекситимії у хворих із депресією не є стабільним

показником і зменшується у міру редукції клінічної симптоматики [9–11]. Алекситимія характеризується важкістю або втратою здатності людиною описати власні емоційні переживання і зрозуміти почуття іншої людини, труднощами у визначенні відмінностей між емоційними процесами та тілесними відчуттями, фіксацією на зовнішніх подіях на шкоду внутрішнім переживанням [12, 13]. Обмеження можливості розуміти себе, значний дефіцит рефлексії є поштовхом до формування хибної ментальної моделі функціонування та вибору неадаптивних стратегій, спрямованих на усунення або зменшення сили впливу стресогенного фактора на особистість (копінг-стратегії), та в підсумку стає значною перешкодою в ефективному лікуванні пацієнтів із ТРД. Таким чином, алекситимія асоціюється із дезадаптивними формами копінг-поведінки у хворих із ТРД [14]. Принципова схема реагування на стресор у копінг-поведінці містить у собі когнітивні оцінки (первинні й вторинні), а також емоційно-оцінювальні реакції. Первинна оцінка стресора надає йому спочатку певний знак, внаслідок чого подія оцінюється за трьома типами: позитивна, негативна або нейтральна. Потім, виходячи з первинної когнітивної оцінки події, відбувається неусвідомлюване включення емоційно-оцінювальних реакцій, які є підконтрольними когнітивній оцінці. Після включення емоційної оцінки формується певний керований психічний стан (в умовах якого протікає відповідна поведінка). На третьому етапі реагування на стресор включається вторинна когнітивна оцінка, яка за механізмом організації зворотного зв'язку або

схвалює первинну оцінку й діяльність на її основі (при цьому можливе деяке коригування психічного стану й поведінки), або, якщо діяльність і психічний стан оцінюються як неправильні, виконує функції психологічного захисту [15–17]. Оскільки вже на сьогоднішній день відомо, що при ТРД когнітивні розлади трапляються в 94% випадків та зберігаються у вигляді резидуальної симптоматики в 44% випадків в ремісії, можна припустити тісний взаємозв'язок когнітивного дефіциту та алекситимії при ТРД та їх взаємний вплив на копінг-стратегії у хворих, які страждають на ТРД.

Мета нашого дослідження — вивчити закономірності та кореляційні взаємозв'язки між алекситимією та копінг-стратегіями при ТРД.

Для досягнення поставленої мети за умови усвідомленої добровільної згоди було обстежено 74 хворих віком 23–44 роки із депресивними розладами, що характеризувалися резистентністю до лікування (депресію вважали резистентною, якщо впродовж двох послідовних курсів (по 3–4 тиж) адекватної монотерапії фармакологічно відмінними препаратами відзначалася відсутність або недостатність клінічної ефективності (редукція симптоматики за шкалою М. Гамільтона становила менше 50%). За нозологічною характеристикою (згідно з критеріями МКХ-10) група обстежених була представлена таким чином: біполярний афективний розлад, депресивний епізод різного ступеня тяжкості (F31.3–F31.5) — 35 (47,3%) пацієнтів, із них — 12 (16,2%) чоловіків та 23 (31,1%) жінки, рекурентний депресивний розлад (F33) — 39 (52,7%) пацієнтів, із них — чоловіків 18 (24,3%), жінок — 21 (28,4%). На момент обстеження хворі із ТРД перебували на стаціонарному лікуванні в Комунальному закладі «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня». Скринінг та інтерв'ю проводилися після встановлення ознак резистентності депресивної симптоматики до проведеної терапії (2–4 тиж стаціонарного лікування). Критеріями виключення із дослідження були наявні в анамнезі або ж на момент обстеження неврологічні розлади, органічне ураження головного мозку, розумова відсталість.

Клініко-психопатологічний метод ґрунтувався на принципах проведення психіатричного обстеження пацієнтів згідно з клінічними критеріями МКХ-10. У ході дослідження було проведено оцінку психічного стану шляхом аналізу скарг пацієнтів, їх анамнестичних даних, вивчення симптомів, синдромів, їх психопатологічну інтерпретацію і співвідношення з класифікаційними характеристиками МКХ-10. З метою стандартизованої оцінки клінічних проявів депресивного розладу і ступеня його вираженості використовували шкалу Гамільтона (HAM-D-21). За допомогою цієї шкали,

що має 21 пункт, було проведено оцінку ТРД за ступенем тяжкості, при цьому показник 7–16 балів розцінювався як легкий ступінь вираженості, 17–27 балів — як середній, понад 27 балів — як тяжкий. Як інструмент дослідження алекситимії нами використовувалася Торонтська алекситимічна шкала із 20 пунктів (ТАШ-20) [14]. При заповненні анкети обстежений характеризує себе, використовуючи для відповідей шкалу Р. Лайкерта від «цілком не згоден» до «цілком згоден». При цьому одна половина пунктів має позитивний код, інша — негативний. Теоретичний розподіл результатів можливий від 20 до 100 балів. За даними авторів методики, 74 і більше балів свідчать про наявну алекситимію — так званий «алекситимічний» тип особистості, результат у 62 бали і нижче характеризує «неалекситимічний» тип особистості, проміжний результат (63–73 бали) виявляє так звану «зону ризику». Це означає, що в обстежених є алекситимічні риси, у зв'язку з чим вони періодично в певних стресових ситуаціях зазнають труднощів як у вираженні власних емоцій, так і розумінні емоцій інших людей. Інструмент включає в себе три підшкали: важкість ідентифікації емоцій, важкість опису емоцій, зовнішньоорієнтоване мислення. Для встановлення індивідуальних копінг-стратегій нами була використана «Методика визначення індивідуальних копінг-стратегій» Е. Хайма [16], згідно з якою проводиться оцінка 26 варіантів копінг-стратегій, класифікованих за трьома типами: когнітивний, емоційний і поведінковий. В кожному з цих типів виокремлюють адаптивні, відносно адаптивні та неадаптивні варіанти копінг-стратегій. Адаптивними варіантами копінг-поведінки серед когнітивних копінг-стратегій є проблемний аналіз, встановлення власної цінності, збереження самовладання — форми поведінки, спрямовані на аналіз наявних труднощів і можливих шляхів виходу з них, підвищення самооцінки і самоконтролю, більш глибоке усвідомлення власної цінності як особистості, наявності віри у власні ресурси в подоланні складних ситуацій; серед емоційних копінг-стратегій — протест, оптимізм — емоційний стан із активним обуренням і протестом по відношенню до труднощів і впевненістю в наявності виходу в будь-який, навіть найскладнішій ситуації; серед поведінкових копінг-стратегій — співробітництво, звернення, альтруїзм, під якими розуміють таку поведінку особистості, при якій вона обирає співробітництво, зі значущими (більш досвідченими) людьми, шукає підтримки у найближчому соціальному оточенні або сама пропонує її близьким у подоланні труднощів.

Неадаптивними варіантами копінг-поведінки серед когнітивних копінг-стратегій визначено

Сумарні показники індивідуальних копінг-стратегій за методикою Е. Хайма у групі пацієнтів з алекситимією ($n = 15$)

Копінг-стратегія	Варіант копінг-стратегії	Характер адаптивності	Кількість пацієнтів, які вибрали зазначену копінг стратегію	
			абс. ч.	%
Розгубленість	К	НА	6	40,0
Примирення	К	НА	4	26,6
Ігнорування	К	НА	1	6,7
Диссимуляція	К	НА	1	6,7
Відносність	К	ВА	—	—
Надання значення	К	ВА	1	6,7
Релігійність	К	ВА	2	13,3
Збереження самовладання	К	А	—	—
Проблемний аналіз	К	А	—	—
Встановлення власної цінності	К	А	—	—
Покірність	Е	НА	6	40,0
Самозвинувачення	Е	НА	5	33,4
Пригнічення емоцій	Е	НА	2	13,3
Агресивність	Е	НА	—	—
Емоційна розрядка	Е	ВА	—	—
Пасивна кооперація	Е	ВА	2	13,3
Оптимізм	Е	А	—	—
Протест	Е	А	—	—
Активне уникання	П	НА	7	46,6
Відступ	П	НА	4	26,7
Відволікання	П	ВА	2	13,3
Конструктивна активність	П	ВА	1	6,7
Компенсація	П	ВА	—	—
Звернення	П	А	—	—
Альтруїзм	П	А	—	—
Співробітництво	П	А	1	6,7

Примітка. К — когнітивна, Е — емоційна, П — поведінкова; А — адаптивна, ВА — відносно адаптивна, НА — неадаптивна. Те саме у табл. 2.

примирення, розгубленість, диссимуляцію, ігнорування — пасивні форми поведінки з відмовою від подолання труднощів через зневіру у своїх силах та інтелектуальних ресурсах, з умисною недооцінкою неприємностей; серед емоційних копінг-стратегій — пригнічення емоцій, покірність, самозвинувачення, агресивність — варіанти поведінки, які характеризуються пригніченим емоційним станом, безнадійністю, покірністю, переживанням злості і покладанням провини на себе й інших; серед поведінкових копінг-стратегій — активне уникання, відступ — поведінка, що передбачає уникання думок про неприємності, пасивність, самотність, ізоляцію, прагнення піти від активних інтерперсональних контактів, відмову від вирішення проблем.

Відносно адаптивними варіантами копінг-поведінки, конструктивність яких залежить від значущості і вираженості ситуації подолання, є такі: серед когнітивних копінг-стратегій — відносність, надання значення, релігійність, тобто форми поведінки, спрямовані на оцінку труднощів порівняно з іншими, надання особливого сенсу їх подолання, вірі в Бога і стійкості у вірі при зіткненні зі складними проблемами; серед емоційних копінг-стратегій — емоційна розрядка, пасивна кооперація — поведінка, спрямована або на зняття напруги, емоційне відреагування, або на покладання відповідальності за подолання труднощів на інших осіб; серед поведінкових копінг-стратегій — компенсація, відволікання, конструктивна активність, тобто поведінка, що характеризується прагненням

Сумарні показники індивідуальних копінг-стратегій за методикою Е. Хайма у групі пацієнтів із «зоною ризику» щодо алекситимії ($n = 15$)

Копінг-стратегія	Варіант копінг-стратегії	Характер адаптивності	Кількість пацієнтів, які вибрали зазначену копінг стратегію	
			абс. ч.	%
Розгубленість	К	НА	4	26,6
Примирення	К	НА	—	—
Ігнорування	К	НА	1	6,7
Диссимуляція	К	НА	—	—
Відносність	К	ВА	1	6,7
Надання значення	К	ВА	2	13,3
Релігійність	К	ВА	5	33,3
Збереження самовладання	К	А	1	6,7
Проблемний аналіз	К	А	1	6,7
Встановлення власної цінності	К	А	—	—
Покірність	Е	НА	1	6,7
Самозвинувачення	Е	НА	2	13,3
Пригнічення емоцій	Е	НА	2	13,3
Агресивність	Е	НА	-	—
Емоційна розрядка	Е	ВА	3	20,0
Пасивна кооперація	Е	ВА	6	40,0
Оптимізм	Е	А	—	—
Протест	Е	А	1	6,7
Активне уникання	П	НА	2	13,3
Відступ	П	НА	1	6,7
Відволікання	П	ВА	2	13,3
Конструктивна активність	П	ВА	4	26,6
Компенсація	П	ВА	3	20,0
Звернення	П	А	1	6,7
Альтруїзм	П	А	1	6,7
Співробітництво	П	А	1	6,7

до тимчасового відходу від вирішення проблем за допомогою алкоголю, лікарських засобів, занурення в улюблену справу, подорожі, виконання своїх заповітних бажань. Використовується переважно якісно-змістовний аналіз відповідей. У ключі кожне твердження пов'язане з певною копінг-стратегією. Якщо опитуваний вибирає конкретне твердження як найбільш звичне для себе, передбачається, що відповідна копінг-стратегія буде для нього типовою. Отримані відповіді аналізуються якісно за схемою, запропонованою Е. Хаймом: визначення конкретного типу копінгу, характерного для респондента; аналіз задіяного механізму копінгу; оцінка ступеня адаптивності бажаних стратегій; загальна характеристика поведінки респондента.

При аналізі отриманих у ході дослідження результатів було встановлено, що тривалість перебігу

резистентної депресії становила $7,2 \pm 1,4$ року із загальною тривалістю захворювання $18,4 \pm 6,1$ року. Середній вік маніфесту депресивного розладу становив $21,3 \pm 1,4$ року, маніфестація резистентності виявлялася у середньому в $26,3 \pm 2,2$ року. Тривалість епізоду ТРД в обстежених пацієнтів становила в середньому $8,2 \pm 1,6$ місяця, кількість перенесених епізодів депресії до розвитку резистентності — $3,3 \pm 0,6$. Клінічно ТРД в основному характеризувалися тривожною (26,4%), тужливою (21,5%) та апатичною (15,2%) симптоматикою.

За результатами проведення ТАШ-20 було встановлено, що алекситимія (74 і більше балів) є у переважній більшості пацієнтів із ТРД (59 (79,7%) хворих), у решти 15 хворих спостерігалися проміжні результати із середнім балом $65,4 \pm 4,7$, такий результат визначено як зону ризику щодо алекситимічних проявів при певному стресовому

факторі. У подальшому було відібрано 15 пацієнтів із встановленою алекситимією та 15 пацієнтів із так званою «зоною ризику» щодо алекситимії та проведено визначення індивідуальної копінг-стратегії (табл. 1, 2).

Як видно із наведених даних, в групі депресивних пацієнтів із алекситимією переважають неадаптивні варіанти копінг-стратегій, зокрема серед когнітивних — розгубленість (40,0%) та примирення (26,7%), серед емоційних — покірність (40,0%), самозвинувачення (33,4%), пригнічення емоцій (13,3%), серед поведінкових — активне уникання (46,6%) та відступ (26,7%). Адаптивними копінг-стратегіями у цій групі пацієнтів виступають в основному поведінкові варіанти, серед них — співробітництво (6,7%). У групі депресивних хворих із «зоною ризику» щодо алекситимії переважають відносно адаптивні варіанти копінг-стратегій, серед них в основному когнітивні (релігійність — 33,4%), емоційні (пасивна кооперація — 40%) та поведінкові варіанти (конструктивна активність — 26,6%, компенсація — 20,0%). Таким чином, алекситимія призводить до порушення копінг-поведінки хворих із ТРД, що визначає вибір копінг-стратегій з тяжінням до дезадаптивних форм. Виходячи із зазначеного, можна дійти висновку, що алекситимія в переважній більшості випадків супроводжує ТРД, визначає її перебіг та може служити маркером ефективності призначеної терапії.

Список літератури

1. *Быков Ю. В.* Резистентные к терапии депрессии / Ю. В. Быков.— Ставрополь: Идея Плюс, 2009.— 77 с.
2. *Мазо Г. Э.* Терапевтические резистентные депрессии: современные подходы к диагностике и лечению / Г. Э. Мазо, С. Е. Горбачев, Н. Н. Петрова // Вестн. Санкт-Петербургского ун-та.— 2008.— Вып. 2.— С. 87–96.
3. *Підкоритов В. С.* Сучасні підходи до лікування «фармакорезистентних» депресій / В. С. Підкоритов // Укр. вісн. психоневрології.— 2010.— Т. 18, № 2.— С. 55–57.
4. *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.
5. *Голденко О. Н.* Социально-психологическая адаптация больных рекуррентными депрессивными расстройствами / О. Н. Голденко // Арх. психиатрии.— 2010.— Т. 16, № 1 (60).— С. 33–36.
6. *Nemeroff C. B.* Prevalence and management of treatment-resistant depression / C. B. Nemeroff // J. Clin. Psychiatry.— 2007.— Vol. 68 (Suppl. 8).— P. 17–25.
7. *Дикая Т. И.* Клинико-психопатологические особенности и динамические аспекты затяжных и хронических эндогенных депрессий / Т. И. Дикая // Вестн. Российской АМН.— 2011.— № 4.— С. 19–25.
8. *Souery D.* Treatment-resistant depression / D. Souery, G. I. Papakostas, M. H. Trivedi // J. Clin. Psychiatry.— 2006.— Vol. 67 (Suppl. 6).— P. 16–22.
9. *Farges F.* Alexithymia, depression and drug addiction / F. Farges, M. Corcos, M. Speranza // Encephale.— 2004.— Vol. 30, № 3.— P. 201–211.
10. *Honkalampi K.* Depression is strongly associated with alexithymia in the general population / K. Honkalampi, J. Hintikka, A. Tanskanen // J. of Psychosom. Res.— 2000.— Vol. 48.— P. 99–104.
11. *Ogrodniczuk J. S.* Alexithymia as a predictor of residual symptoms in depressed patients who respond to short-term psychotherapy / J. S. Ogrodniczuk, W. E. Piper, A. S. Joyce // Am. J. Psychother.— 2004.— Vol. 58.— P. 150–161.
12. Cognitive and emotional characteristics of alexithymia. A review of neurobiological studies / J. K. Larsen, N. Brand, B. Bermond, R. Hijman // J. of Psychosom. Res.— 2003.— Vol. 54.— P. 533–541.
13. *Zeitlin S.* Interhemispheric transfer deficit and alexithymia / S. Zeitlin, R. Lane, D. O’Leary // Am. J. Psychiatry.— 1989.— Vol. 146, № 11.— P. 1434–1439.
14. *Kooiman C. G.* The assessment of alexithymia a critical review of the literature and a psychometric study of the Toronto Alexithymia Scale-20 / C. G. Kooiman, P. Spinhoven, R. W. Trijsburg // J. Psychosom. Res.— 2002.— Vol. 53.— P. 1083–1090.
15. *Сімак А. А.* Реалізація копінг-поведінки в період нормативної кризи / А. А. Сімак // Наукові записки. Серія «Психологія та педагогіка»: зб. наук. праць.— Острог: Національний університет «Острозька академія», 2009.— Вип. 13.— С. 434–447.
16. *Heim E.* Coping-based intervention strategies / E. Heim // Patient Education and Counseling.— 1995.— Vol. 26.— P. 145–151.
17. *Williams K.* Coping Strategies in Adolescents / K. Williams, A. McGillicuddy-De Lisi // J. of Applied Developmental Psychology.— 2000.— Vol. 20 (4).— P. 537–554.

РОЛЬ АЛЕКСИТИМИИ И КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ В ГЕНЕЗЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЙ

Л. В. РАХМАН, М. В. МАРКОВА

Установлена четкая связь между синдромом алекситимии и депрессивной симптоматикой у больных с терапевтически резистентными депрессиями. Обнаружено, что ограничение возможности

понимать себя, значительный дефицит рефлексии являются толчком к формированию ложной ментальной модели функционирования и выбора неадаптивных стратегий, направленных на устранение или уменьшение силы воздействия стрессогенного фактора на личность (копинг-стратегии), что в итоге становится значительным препятствием в эффективном лечении таких пациентов. При терапевтически резистентных депрессиях преобладают неадаптивные варианты копинг-стратегий (среди когнитивных — растерянность и примирение, среди эмоциональных — покорность, самообвинение, подавленность эмоций, среди поведенческих — активное избегание и отступление).

Ключевые слова: терапевтически резистентные депрессии, алекситимия, копинг-стратегии.

THE ROLE OF ALEXITHYMIA AND COPING STRATEGIES AND THEIR INTERACTION IN THE GENESIS OF TREATMENT-RESISTANT DEPRESSION

L. V. RAKHMAN, M. V. MARKOVA

The study established a clear link between alexithymia syndrome and depressive symptoms in patients with treatment-resistant depression. It was found out that limiting the possibility to understand himself/herself, a significant lack of reflection is the impulse for formation of a false mental model of functioning and selection nonadaptive strategies to eliminate or reduce the degree of impact of a stressogenic factor on the personality (coping strategies) and eventually becomes a significant barrier to effective treatment of patients with treatment-resistant depression. Nonadaptive options of coping strategies (including cognitive — confusion and reconciliation, emotional — obedience, self-blame, suppression of emotions, behavioral — avoidance and retreat) dominate in treatment-resistant depression.

Key words: treatment-resistant depression, alexithymia, coping strategies.

Надійшла 28.01.2015