

ПАРАМЕТРИ СОЦІАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПРИ ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНИХ ДЕПРЕСІЯХ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Результати проведеного дослідження вказують на суттєві структурні порушення соціального функціонування у пацієнтів із терапевтично резистентними депресіями. Модуль індивідуальних проблем та порушення при виконанні соціальних ролей є визначальними факторами їх соціальної дисфункції. Корекція поведінкової дисфункції та вплив внутрішньолікарняного середовища є ресурсними мішенями при плануванні заходів психосоціальної реабілітації у цій категорії хворих.

Ключові слова: терапевтично резистентні депресії, нерезистентні депресії, параметри соціального функціонування, соціальна дисфункція.

На сьогоднішній день депресивні прояви є найпоширенішими серед розладів психіки. Епідеміологічні дослідження останніх років засвідчують значне зростання депресії та вказують на невтішні прогнози на майбутнє, беручи до уваги глобальні тенденції у розповсюдженні афективних порушень [1]. При цьому в основному від депресії страждають молоді люди працездатного віку, що призводить до відчутних негативних соціально-економічних наслідків [2, 3]. Беззаперечним залишається той факт, що, окрім типово депресивної симптоматики, клінічній картині депресивних розладів притаманний цілий ряд функціональних обмежень із значним порушенням виконання повсякденних функцій, інтерперсональних взаємовідносин, відчуттям труднощів у прийнятті рішень, зниженням ефективності на рівні сім'ї та у професійній сфері [4, 5]. Ефективність лікування депресії у сучасних реаліях полягає насамперед у редукації психопатологічних симптомів, разом із цим найважливішим завданням терапії є збереження особою активної соціальної ролі в суспільстві, незважаючи на якість ремісії [6–9]. Проте, хоча є безсумнівні досягнення сучасної медицини, проблема депресії, питання її розвитку, вдосконалення надання необхідного об'єму медичної допомоги, психосоціальна реабілітація пацієнтів залишаються пріоритетними завданнями психіатрії. Значну питому вагу цих завдань становить вивчення резистентних до терапії депресій, які, за даними багатьох дослідників, становлять від 30 до 60 % від усіх депресивних розладів [10–12]. Погляд на вирішення проблеми резистентності депресивних розладів до лікування лежить головним чином у площині розуміння біологічних та психосоціальних механізмів формування й перебігу цієї патології.

Мета цієї роботи — вивчення параметрів соціального функціонування (СФ) при резистентності

депресивної симптоматики до лікування із установленням впливу кластерів соціальної взаємодії на її розвиток і прогресування та виявленням модифікуючих чинників як терапевтичних індикаторів.

У дослідження було включено 60 пацієнтів, які перебували на стаціонарному етапі лікування на базі КЗ «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня» та на амбулаторному — на базі кафедри психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету. У ході виконання роботи використано такі методи: клініко-психопатологічний, психометричний, патопсихологічний, статистичний. Вивчення СФ здійснювалося з використанням психіатричної шкали обмеження життєдіяльності WHO — Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) [13]. Ступінь вираженості дисфункції визначався відповідно до інструкції з урахуванням кількісної оцінки (адаптованої) у балах: немає дисфункції — 0; мінімальна дисфункція — 1; очевидна дисфункція — 2; серйозна дисфункція — 3; дуже серйозна дисфункція — 4; максимальна дисфункція — 5. Оцінка 8 балів установлювалася, коли інформація недоступна, 9 — у випадках, коли питання неможливо поставити (наприклад, якщо у пацієнта немає дітей). Статистична обробка даних проводилася за допомогою стандартної програми Microsoft Excel 2003. Відмінності розцінювалися як достовірні при значенні $p < 0,05$ (достовірність відмінностей більше 95 %).

Обстежений контингент хворих було розподілено на дві групи. У першу, основну групу (ОГ), увійшло 30 пацієнтів, що страждали на депресію з ознаками резистентності до лікування згідно із загальноприйнятими критеріями щодо визначення терапевтично резистентної депресії (ТРД) та верифікацією відповідно до оцінки ефективності проведеної терапії за шкалою Гамільтона (21 пункт). Серед них було 11 (36,7 %) чоловіків та

19 (63,3%) жінок. Середній вік становив $29,4 \pm 5,2$ року. До міських жителів належали 18 (60%) осіб, до сільських — 12 (40%). За освітньо-кваліфікаційним рівнем переважали особи із вищою освітою (11 (36,6%) пацієнтів), та ті, які виконували роботу із переважно розумовим навантаженням (6 (20%)), а також довготривало непрацюючі (7 (23,4%)), переважно фізичною працею займалися 4 (13,3%) особи, стільки ж виконували некваліфіковану роботу. Інваліди, тимчасово непрацюючі та пенсіонери становили по 10% (3 особи в кожній із цих підгруп). Згідно з анамнестичними даними у 15 (53,3%) хворих ОГ було встановлено спадкову обтяженість щодо психічних розладів, у 5 (16,7%) вона була відсутня, 9 (30%) пацієнтів не могли достовірно або підтвердити, або заперечити таку інформацію. За нозологічною характеристикою у 18 (60%) осіб діагностовано рекурентний депресивний розлад, 11 (36,6%) — страждали на біполярний афективний розлад, депресивний епізод, в 1 (3,4%) пацієнта було встановлено діагноз дистимії. Резистентні депресивні розлади клінічно характеризувалися тривожною (ажитованою) симптоматикою — у 2 (6,7%) випадках, тужливою (меланхолійною) — у 5 (16,6%), сенесто-іпохондричною — у 4 (13,3%), апатико-адинамічною — у 8 (26,7%), астено-анергічною — у 3 (10%), обсессивно-депресивною — у 8 (26,7%). За результатами дослідження депресивної симптоматики (за шкалою Гамільтона) у 17 (56,7%) встановлено показник більше 27 балів, такий стан кваліфікувався як тяжка депресія; помірний ступінь вираженості спостерігався в 11 (36,6%) осіб, легкий — у 2 (6,7%). У пацієнтів ОГ захворювання манифестувало в молодому віці, переважно до 39 років (70,1% випадків), у 5 (16,6%) хворих початок захворювання припав на період 40–49 років, у 3 (10,0%) — у віці 50–59 років, манифестація у віці понад 60 років спостерігалася в 1 (3,3%) обстеженого. Середній вік виникнення резистентності — $30,4 \pm 5,5$ року. Середня тривалість захворювання на момент формування резистентності — $4,7 \pm 1,1$ року, середня кількість епізодів депресії до виникнення резистентності — $3,1 \pm 0,8$, середня тривалість епізоду — $8,2 \pm 1,3$ міс.

До другої групи (група порівняння — ГП) згідно з програмою дослідження було відібрано 30 осіб із депресивними розладами, у яких відзначалася позитивна динаміка у ході лікування протягом 3–4 тиж та редукція депресивної симптоматики становила понад 50% за шкалою Гамільтона (21 пункт). За гендерною ознакою група обстежених хворих розподілилася таким чином: чоловіків було 12 (40,0%), жінок — 18 (60,0%), їх середній вік становив $35,6 \pm 6,2$ року. Сільські жителі в цій групі становили 53,3% (16 осіб), міські — 46,7%

(14). За освітнім рівнем контингент ГП був представлений в основному особами із незакінченою вищою та вищою освітою (21 (70,0%) пацієнт). За показником трудової зайнятості в ГП виявилось найбільше осіб, які тривалий час не працюють, — 8 (26,7%) та пенсіонерів — 6 (20,0%), робітники, зайняті фізичною працею, становили 6,7% (2 пацієнти), а переважно розумовою — 13,3% (4), некваліфікованих працівників було 16,6%, тимчасово непрацюючих — 6,7%, інвалідів — 10,0%. Спадкову обтяженість щодо психічних захворювань встановлено в 11 (36,7%) хворих, водночас у понад третини випадків була відсутня така інформація, не спостерігалася спадкової схильності у 8 (26,6%) хворих. За нозологічним зрізом хворі ГП здебільшого страждали на депресивний епізод (11 (36,6%) осіб) та рекурентний депресивний розлад (10 (33,4%)), біполярний афективний розлад діагностовано у 7 (23,3%) пацієнтів, дистимія спостерігалася у 2 (6,7%). Клінічно депресивні стани у пацієнтів цієї групи характеризувалися тривожною (ажитованою) симптоматикою у 7 (23,3%) випадках, тужливою (меланхолійною) — у 7 (23,3%), сенесто-іпохондричною — у 2 (6,7%), апатико-адинамічною — у 3 (10,0%), астено-анергічною — у 8 (26,7%), обсессивно-депресивною — у 3 (10%). За ступенем вираженості депресивної симптоматики (згідно з результатами шкали Гамільтона) пацієнти ГП розподілилися таким чином: легкий — у 9 (30%) хворих, помірний — у 14 (46,7%), тяжкий — у 7 (23,3%). Манифестація депресивних розладів у хворих цієї групи в основному припадала на період 30–49 років (18 (60,0%) осіб). Середня тривалість депресивного епізоду становила $5,4 \pm 0,6$ міс.

Узагальнені дані щодо параметрів соціальної дисфункції у хворих обстежених груп наведено в табл. 1.

У хворих із ТРД, які були залучені до цього дослідження, виявлено істотні порушення СФ (61,9% осіб демонстрували серйозний та дуже серйозний рівні дисфункції), що підтверджує системність порушень функціонування хворих із ТРД у суспільстві з проблемами у самообслуговуванні, трудовій діяльності, діяльності у родині та вдома, у загальносоціальному розумінні. Середній бал загальної поведінкової дисфункції в обстеженої категорії хворих становив 3,2. Рівень загальної поведінкової дисфункції у пацієнтів ГП характеризується мінімальною (35,8%) та очевидною (33,2%) інтенсивністю. Середній бал загальної поведінкової дисфункції в обстеженої категорії хворих — 2,8. В обстежених ОГ при виконанні соціальних ролей переважали серйозний (31,6% осіб) та дуже серйозний (40,4%) рівні дисфункції за усіма оціненими показниками, що достовірно

Параметри соціального функціонування у пацієнтів із резистентними (основна група) та нерезистентними (група порівняння) формами депресії (за шкалою WHO/DAS)

Показник	Ступінь дисфункції	ОГ, n = 30		ГП, n = 30		Показник	Ступінь дисфункції	ОГ, n = 30		ГП, n = 30	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%			абс. ч.	%	абс. ч.	%
<i>Розділ 1. Загальна поведінкова дисфункція</i>											
Самооб- слугову- вання	Немає	2	6,7	21	70	Батьків- ська роль	Немає	—	—	6	20,0
	Мінімальна	4	13,3	8	26,7		Мінімальна	2	6,7	14	46,6
	Очевидна	10	33,3*	1	3,3		Очевидна	13	43,3*	6	20,0
	Серйозна	8	26,7	—	—		Серйозна	8	26,7	3	10,0
	Дуже серйозна	6	20,0	—	—		Дуже серйозна	7	23,3	1	3,4
Трудова діяльність	Немає	—	—	16	53,3	Статева роль	Немає	—	—	4	13,3
	Мінімальна	5	16,6	8	26,7		Мінімальна	2	6,7	14	46,7
	Очевидна	11	36,7	4	13,4		Очевидна	11	36,7	10	33,4
	Серйозна	11	36,7*	1	3,3		Серйозна	16	53,3*	1	3,3
	Дуже серйозна	3	10,0	1	3,3		Дуже серйозна	1	3,3	1	3,3
Діяльність у родині та вдома	Немає	—	—	10	33,3	Соціальні контакти (відносини поза родиною)	Немає	—	—	7	23,3
	Мінімальна	5	16,7	10	33,3		Мінімальна	2	6,7	12	40,0
	Очевидна	14	46,6*	6	20,0		Очевидна	10	33,3	7	23,3
	Серйозна	5	16,7*	2	6,7		Серйозна	12	40,0*	4	13,4
	Дуже серйозна	6	20,0	2	6,7		Дуже серйозна	6	20,0	—	—
Діяльність у загально- соціально- му розу- мінні	Немає	1	3,3	13	43,4	Поведінка у нестан- дартних ситуаціях	Немає	—	—	5	16,7
	Мінімальна	4	13,4	6	20,0		Мінімальна	1	3,3	12	40,0
	Очевидна	9	30,0	4	13,3		Очевидна	15	50,0*	7	23,3
	Серйозна	10	33,3*	4	13,3		Серйозна	9	30,0	4	13,3
	Дуже серйозна	6	20,0	3	10,0		Дуже серйозна	5	16,7*	2	6,7
<i>Розділ 2. Виконання соціальних ролей</i>											
Участь у сімейних справах	Немає	—	—	3	10,0	Поведінка у палаті	Немає	1	3,3	11	36,6
	Мінімальна	4	13,3	12	40,0		Мінімальна	6	20,0	8	26,7
	Очевидна	4	13,3	10	33,3		Очевидна	8	26,7	8	26,7
	Серйозна	12	40,0*	5	16,7		Серйозна	8	26,7*	3	10,0
	Дуже серйозна	10	33,4	—	—		Дуже серйозна	7	23,3	—	—
Подружнє життя	Немає	—	—	5	16,7	Думка медсестер або родичів	Немає	1	3,3	6	20,0
	Мінімальна	2	6,7	6	20,0		Мінімальна	5	16,6	14	46,6
	Очевидна	16	53,3*	10	33,3		Очевидна	11	36,7	6	20
	Серйозна	6	20,0	7	23,3		Серйозна	11	36,7*	2	6,7
	Дуже серйозна	6	20,0*	2	6,7		Дуже серйозна	2	6,7	2	6,7
Шлюбна роль	Немає	—	—	3	10,0	Заняття пацієнтів	Немає	—	—	5	16,7
	Мінімальна	4	13,3	3	10,0		Мінімальна	7	23,3	8	26,7
	Очевидна	10	33,4	14	46,6		Очевидна	13	43,4*	9	30,0
	Серйозна	11	36,7*	8	26,7		Серйозна	9	30,0	7	23,3
	Дуже серйозна	5	16,7	2	6,7		Дуже серйозна	1	3,3	1	3,3

Закінчення табл. 1

Показник	Ступінь дисфункції	ОГ, n = 30		ГП, n = 30	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%
Контакт із зовнішнім світом	Немає	4	13,3	4	13,3
	Мінімальна	4	13,3	6	20,0
	Очевидна	12	40,0	10	33,3
	Серйозна	5	16,7	7	23,4
	Дуже серйозна	5	16,7	3	10,0
<i>Розділ 4. Модифікуючі чинники</i>					
Особливі позитивні якості	Немає	1	3,3	4	13,3
	Мінімальна	4	13,3	12	40,0
	Очевидна	5	16,7	14	46,7
	Серйозна	9	30,0	—	—
	Дуже серйозна	11	36,7	—	—
Особливі перешкоди	Немає	—	—	2	6,7
	Мінімальна	2	6,7	10	33,3
	Очевидна	7	23,3	14	46,7
	Серйозна	10	33,3*	3	10,0
	Дуже серйозна	11	36,7*	1	3,3
Домашня атмосфера	Немає	2	6,7	9	30,0
	Мінімальна	4	13,3	11	36,6
	Очевидна	6	20,0	6	20,0
	Серйозна	9	30,0*	2	6,7
	Дуже серйозна	9	30,0	2	6,7

Показник	Ступінь дисфункції	ОГ, n = 30		ГП, n = 30	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%
Підтримка ззовні	Немає	2	6,7	7	23,3
	Мінімальна	4	13,3	8	26,7
	Очевидна	8	26,7	7	23,3
	Серйозна	10	33,3*	6	20,0
	Дуже серйозна	6	20,0	—	—

* $p < 0,05$. Те саме у табл. 2.

Таблиця 2

Середній індекс оцінки соціального функціонування у хворих із резистентними (основна група) та нерезистентними (група порівняння) формами депресії (за шкалою WHO/DAS)

Соціальне функціонування	ОГ, n = 30		ГП, n = 30	
	середній бал	%	середній бал	%
Поведінкова дисфункція	3,2*	24,2	2,8	21,8
Соціальні ролі	3,7*	28,0	3,0	27,5
Дисфункція пацієнтів у лікарні	2,9	22,0	3,0	28,1
Модифікуючі чинники	3,4*	25,8	2,7	22,6
Підсумковий бал	13,2	100,0	11,5	100,0
Підсумковий середній бал	3,3	—	2,9	—

відрізнялося від хворих ГП, де переважав мінімальний (32,4%) та очевидний (30,7%) рівні соціальної дисфункції. Середній бал дисфункції при виконанні соціальних ролей пацієнтами із ТРД становив 3,7, із нерезистентними розладами депресії — 3,0. Проведений аналіз СФ у межах лікувального закладу на час стаціонарного лікування засвідчив, що у пацієнтів із ТРД наявний внутрішньолікарняний ресурс, який нашоухе на думку про необхідність раннього психотерапевтичного та реабілітаційного втручання. Середній бал за параметрами соціальної дисфункції у лікарні для пацієнтів ОГ становив 2,9, ГП — 3,0. Використовуючи цей етап дослідження, ми провели ідентифікацію власне існуючих проблем у пацієнта, визначили його можливості вирішувати їх та оцінку стану мікро- та макросоціального середовища, яке б могло надавати йому підтримку й залучатися в реабілітаційні програми.

Для узагальнення результатів дослідження за методикою WHO/DAS розраховувався середній індекс СФ шляхом визначення підсумкового та

підсумкового середнього бала адаптації, узагальнені результати подано в табл. 2.

Отже, найбільш суттєвими порушеннями СФ у пацієнтів, які страждають на ТРД, є порушення при виконанні соціальних ролей (середній бал — 3,7), що відповідає критерію «дуже серйозна дисфункція», та індивідуальні проблеми, які є визначальними (модифікуючими) при зниженні СФ (середній бал — 3,4, що відповідає критерію «серйозна дисфункція»). Натомість ресурсними джерелами можуть бути внутрішньолікарняне середовище та корекція поведінкової дисфункції при ранньому психотерапевтичному втручанні та участі пацієнта у заходах психосоціальної реабілітації, оскільки показники соціальної дисфункції у цих сферах є дещо нижчими. У пацієнтів із нерезистентними депресивними розладами порушення СФ виявляються перш за все проблемами у реалізації соціальних ролей (середній бал — 3,0, що відповідає критерію «серйозна дисфункція»), у чому групи пацієнтів є подібними. Проте, на відміну від ОГ, у ГП дискомфортним є також внутрішньолікарняне

середовище (середній бал — 3,0, що відповідає критерію «серйозна дисфункція»). Поведінкові патерни та індивідуально-модифікуючі фактори є ресурсними для цієї категорії хворих.

Отже, проведене дослідження засвідчило наявність суттєвих структурних порушень СФ у пацієнтів із ТРД. Загальна поведінкова дисфункція реалізується в основному через зниження діяльності у родині та вдома, діяльності у загальносоціальному розумінні. Виконання соціальних ролей суттєво страждає на рівні родини (особливо характерним є зниження, коли задіюється емоційний патерн, подружнє життя, батьківська роль, соціальні контакти), також відчутним є порушення прийняття рішень, вирішення певних життєвих ситуацій у нестандартних обставинах. Дисфункція пацієнтів із ТРД у лікарні характеризується здебільшого відсутністю зацікавленості у виконанні певної роботи (зайнятості) та труднощами зовнішньої комунікації. Найбільш значущими модифікуючими чинниками соціальної дисфункції у пацієнтів із ТРД є відсутність регулярної діяльності, скерованої на розширення знань або здобуття навичок в окремій сфері, та відсутність стабільних довірливих стосунків із будь-якою людиною, окрім батьків або чоловіка/дружини (категорія «Особливі позитивні якості»), а також фактори, пов'язані із домашньою атмосферою (здебільшого чинник неприйняття пацієнта ключовою фігурою). Підсумковий середній бал СФ пацієнтів із ТРД становив 3,3 бала, що відповідає критерію «серйозної дисфункції». Провідною у структурі СФ є рольова дисфункція. За умов резистентної до проведеного лікування депресивної симптоматики формується соціальна дисфункція через механізм порушення емоційної взаємодії з навколишнім світом. Отримані результати в подальшому сприятимуть побудові ефективних індивідуальних реабілітаційних програм із обов'язковим залученням заходів, спрямованих на подолання соціальної дисфункції.

Список літератури

1. Волошин П. В. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди / П. В. Волошин, Н. О. Марута // Укр. вісн. психоневрології.— 2015.— Т. 23, вип. 1 (82).— С. 5–11.
2. Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis / V. Lorant, D. Deliège, W. Eaton [et al.] // *Am. J. of Epidemiology*.— 2003.— Vol. 157 (2).— P. 98–112.
3. Маркова М. В. Депрессивные расстройства в сети первичной медицинской помощи: из «диагностических невидимок» — на арену общемедицинской практики / М. В. Маркова // *Medix AntiAging*.— 2009.— № 5 (11).— С. 18–22.
4. 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.
5. 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.
6. Марута Н. А. Восстановление социального функционирования — основная цель терапии депрессии / Н. А. Марута // *Нейронews*.— 2013.— № 8.— С. 16–20.
7. Голденко О. Н. Социально-психологическая адаптация больных рекуррентными депрессивными расстройствами / О. Н. Голденко // *Архив психиатрии*.— 2010.— Т. 16, № 1 (60).— С. 33–36.
8. Nemeroff C. B. Prevalence and management of treatment-resistant depression / C. B. Nemeroff // *J. Clin. Psychiatry*.— 2007.— Vol. 68 (suppl. 8).— P. 17–25.
9. Eapen V. Strategies and challenges in the management of adolescent depression / V. Eapen, R. Crnec // *Current opinion in psychiatry*.— 2012.— Vol. 25 (1).— P. 7–13.
10. Defining treatment-resistant depression: A comprehensive review of the literature / K. Trevino, S. M. McClintock, N. McDonald [et al.] // *Ann. Clin. Psychiatry*.— 2014.— № 26.— P. 222–232.
11. Treatment-resistant depression: definitions, review of the evidence, and algorithmic approach / R. S. McIntyre, M. J. Filteau, L. Martin [et al.] // *J. Affect. Disord*.— 2014.— № 156.— P. 1–7.
12. 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.
13. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a guide to its use.— Geneva: WHO, 1988.— 96 p.

ПАРАМЕТРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЯХ

Л. В. РАХМАН

Результаты проведенного исследования указывают на существенные структурные нарушения социального функционирования у пациентов с терапевтически резистентными депрессиями. Модуль индивидуальных проблем и нарушения при выполнении социальных ролей являются определяющими факторами их социальной дисфункции. Коррекция поведенческой дисфунк-

ции и влияние внутрибольничной среды являются ресурсными мишенями при планировании мероприятий психосоциальной реабилитации у данной категории больных.

Ключевые слова: терапевтически резистентные депрессии, нерезистентные депрессии, параметры социального функционирования, социальная дисфункция.

SOCIAL DYSFUNCTION PARAMETERS IN TREATMENT RESISTANT DEPRESSIONS

L. V. RAKHMAN

The findings of the investigation demonstrate considerable structural disorders of social functioning in patients with treatment resistant depression. The module of individual problems and disorders with performing social roles are determining factors of social dysfunction. Behavioral dysfunction correction and intra-hospital environment influence were established to be the resource targets in planning psychosocial rehabilitation in these patients.

Key words: treatment resistant depressions, nonresistant depressions, parameters of social functioning, social dysfunction.

Надійшла 20.12.2017