

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК АЛЕКСИТИМІЇ З КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНОЮ СТРУКТУРОЮ ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНИХ ДЕПРЕСІЙ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

У результаті проведеного дослідження встановлено, що при терапевтично резистентних депресіях у рамках рекурентного депресивного розладу найчастіше виявляються сенесто-іпохондричний, тривожний та тужливий варіанти клінічного перебігу. Рівень алекситимії корелює із ступенем тяжкості депресивної симптоматики і виявляється у всіх хворих із терапевтично резистентними депресіями, він може бути маркером резистентності в зазначеній категорії хворих.

Ключові слова: алекситимія, терапевтично резистентні депресії, клінічні особливості, психопатологічна характеристика.

Сьогодні депресивні розлади у структурі психіатричної патології посідають провідне місце. За різними джерелами від 30 до 60% депресій є не чутливими до антидепресивного лікування, що свідчить про їх терапевтичну резистентність [1–3]. Перебіг терапевтично резистентних депресій (ТРД) у більшості випадків дуже тривалий, із розвитком вираженої соціальної дезадаптації, що стає суттєвою соціально-економічною проблемою [4–7]. Тому питання вивчення клініко-психопатологічних особливостей, патогенетичних механізмів ТРД є пріоритетними в психіатрії. На основі проведення багатьох наукових досліджень встановлено, що ТРД мають певні клініко-психопатологічні особливості. Так, за даними наукових джерел, ТРД властиві атиповість та поліморфізм клінічної картини, структурна складність депресивної симптоматики, наявність гетерогенних включень, стертість, монотонність і ригідність, які наростають при повторних епізодах, а також соматизація психопатологічних проявів [1, 8, 9]. Виходячи з цього виділяють кілька клініко-психопатологічних варіантів ТРД: тривожно-депресивний, меланхолічний, депресивно-іпохондричний, депресивно-обсесивний, депресивно-деперсоналізаційний, депресивно-анергічний [1, 10]. Окрім цього, було встановлено, що резидуальна симптоматика в періоді ремісії ТРД прямо корелює із домінуванням провідного афективного компонента в розгорнутій стадії [11]. Водночас увага багатьох дослідників прикута до вивчення питання алекситимічного радикала в структурі клінічної картини багатьох психічних розладів. На даному етапі визначено чіткий зв'язок між синдромом алекситимії та депресивною симптоматикою, причому рівень алекситимії у хворих із депресією не є стабільним показником і зменшується у міру видужання пацієнта [12–14]. Алекситимія характеризується

тяжкістю 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 [15]. Обмеження можливості розуміти себе, значний дефіцит рефлексії стають, за даними багатьох авторів, значною перешкодою в ефективному лікуванні пацієнтів [16]. Генез феномену алекситимії дотепер повністю не визначений. Однією із найпоширеніших залишається гіпотеза про порушення взаємодії півкуль головного мозку з недостатністю функції правої півкулі. Томографічні дослідження пацієнтів із синдромом алекситимії виявили морфологічні порушення мозолистого тіла, через яке проходить енергетичний і інформаційний обмін між півкулями мозку. Разом із цим зазначено, що в основі порушень емоційних контактів, нездатності пацієнтів відреагувати на рівні усвідомлення лежать мікроструктурні порушення підкіркових субстанцій мозку [17]. Клінічно пацієнти із синдромом алекситимії виявляють нездатність до фантазування через недосконалість образного мислення, вони не можуть візуалізувати предмети і явища оточуючого світу. На ґрунті неможливості процесів ідентифікації і конгруентного відношення порушується емоційний контакт хворих з іншими людьми. Внаслідок цього втрачається здатність щодо підтримки довготривалих стосунків, мислення набуває рис утилітарності, конкретності, механістичності [12, 13]. На основі наведених даних із високим ступенем ймовірності можна припустити, що саме алекситимічний радикал додає рис атиповості в клініко-психопатологічну структуру ТРД.

Мета нашого дослідження — вивчення клініко-психопатологічних особливостей ТРД та їх взаємозв'язку із алекситимією.

Усі пацієнти на момент проведення дослідження перебували на стаціонарному лікуванні в Комунальному закладі «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня». Психометричне обстеження проводилося на першому тижні госпіталізації.

У групу дослідження увійшли 84 пацієнти із діагнозом «F33 — Рекурентний депресивний розлад» із ознаками резистентності депресії до проведеного лікування (депресію вважали резистентною, якщо впродовж двох послідовних курсів (по 3–4 тиж) адекватної монотерапії фармакологічно відмінними препаратами визначалася відсутність або недостатність клінічної ефективності (редукція симптоматики за шкалою Гамільтона становила менше 50 %)). Критерієм виключення слугувала наявність супровідної патології (соматичної, неврологічної).

За гендерною ознакою група обстежених хворих розподілилася таким чином: чоловіків було 16 (19,0 %), жінок — 68 (81,0 %).

Для досягнення поставленої мети в ході роботи використовували такі методи: клініко-психопатологічний, психодіагностичний, статистичний. Клініко-психопатологічний метод ґрунтувався на принципах проведення психіатричного обстеження пацієнтів згідно з клінічними критеріями МКХ-10. Психічний стан хворих визначали шляхом оцінки скарг пацієнтів, їхніх анамнестичних даних, вивчення симптомів, синдромів, їхньої психопатологічної інтерпретації і співвідношень із класифікаційними характеристиками МКХ-10. За допомогою шкали Гамільтона — 21 пункт (НАМ-D21) було проведено оцінку ТРД за ступенем тяжкості, при цьому показник 7–16 балів розцінювали як легкий ступінь вираженості, 17–27 балів — середньої тяжкості, тяжкі депресії кваліфікували за показником понад 27 балів. Як інструмент дослідження алекситимії нами використовувалася Торонтська алекситимічна шкала — 20 пунктів (ТАШ-20). При заповненні анкети пацієнт характеризує себе за допомогою шкали Лікерта від «зовсім не згідний» до «зовсім згідний», при цьому одна половина пунктів має позитивний код, інша — негативний. Теоретично 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», тобто 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 в розумінні емоцій інших людей. Інструмент включає в себе три підшкали:

тяжкість ідентифікації емоцій, тяжкість опису емоцій, зовнішньо орієнтоване мислення.

Нозологічну характеристику групи обстежених пацієнтів подано в табл. 1.

Середній вік хворих становив $47,2 \pm 6,1$ року, тривалість перебігу резистентної депресії у структурі рекурентного депресивного розладу — $8,4 \pm 3,8$ року із загальною тривалістю захворювання $17,2 \pm 4,8$ року. Середній вік манифесту рекурентного депресивного розладу становив $21,3 \pm 1,6$ року, манифестація резистентності виявлялася у середньому в $22,5 \pm 0,69$ року. Тривалість епізоду ТРД в обстежених пацієнтів досягала у середньому $7,2 \pm 1,6$ міс, кількість перенесених епізодів депресії до розвитку резистентності становила $3,4 \pm 0,4$.

Клініко-психопатологічну характеристику ТРД у структурі рекурентного депресивного розладу подано в табл. 2.

Як випливає із наведених даних, при рекурентному депресивному розладі ТРД характеризуються в основному сенесто-іпохондричною (21,4 %), тривожною (17,6 %) та тужливою (16,9 %) симптоматикою. Стрижневим компонентом у структурі афективних розладів у хворих із рекурентним депресивним розладом з ознаками резистентності до проведеної терапії були прояви сенесто-іпохондричного синдрому.

За результатами проведення ТАШ-20 було встановлено, що алекситимія присутня у всіх без винятку пацієнтів із ТРД (74 і більше балів), закономірно, що рівень алекситимії корелював із тяжкістю депресивного стану. Таким чином, ТРД при рекурентному депресивному розладі мають характер алекситимічних. Вираженість алекситимії при різних клінічних варіантах ТРД мала незначні відмінності. Середній рівень алекситимії був вищий у пацієнтів із сенесто-іпохондричним характером депресивного синдрому (середній бал за шкалою ТАШ — 89,1), найнижчим — у пацієнтів із обсесивно-депресивним характером (середній бал за шкалою ТАШ — 77,2). При цьому розподіл отриманих даних та їх взаємозв'язок із клініко-психопатологічною структурою ТРД проілюстровано на рисунку.

Таким чином, у результаті проведеного дослідження виявлено, що при ТРД у рамках рекурентного депресивного розладу найчастіше виявляються сенесто-іпохондричний, тривожний та тужливий клінічні варіанти. Установлено, що алекситимія супроводжує пацієнтів із ТРД, причому рівень її є досить високим. Водночас не встановлено значущих кореляцій між клініко-психопатологічним характером ТРД та рівнем алекситимії. Це дає змогу припустити, що наявність алекситимії корелює із резистентністю депресивної симптоматики і може бути достовірним маркером

Таблиця 1

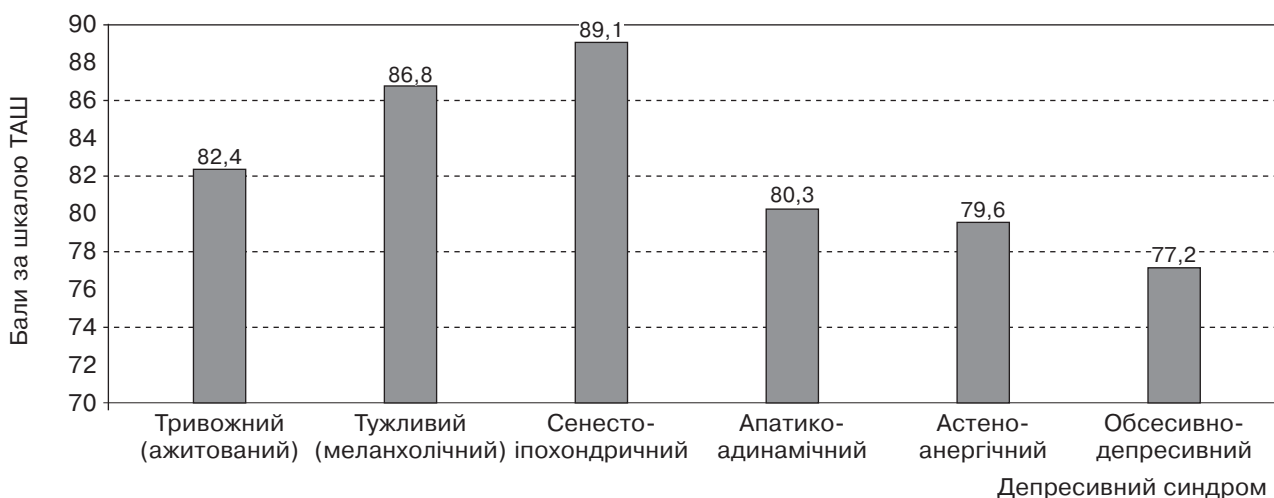
Нозологічна характеристика пацієнтів із терапевтично резистентними депресіями

Нозологічна форма	Загальна кількість пацієнтів		Чоловіки		Жінки	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
F33.0 — Рекурентний депресивний розлад, поточний епізод легкого ступеню	8	9,5	2	2,4	6	7,1
F33.1 — Рекурентний депресивний розлад, поточний епізод помірної тяжкості	19	22,6	1	1,2	18	21,4
F33.2 — Рекурентний депресивний розлад, поточний епізод тяжкий без психотичних симптомів	34	40,5	9	10,7	25	29,8
F33.3 — Рекурентний депресивний розлад, поточний епізод тяжкий з психотичними симптомами	23	27,4	4	4,8	19	22,6
Всього	84	100	16	19,1	68	80,9

Таблиця 2

Клініко-психопатологічна характеристика терапевтично резистентних депресій у структурі рекурентного депресивного розладу

Характер депресивного синдрому	Нозологічна форма							
	F33.0 — Рекурентний депресивний розлад, поточний епізод легкого ступеня		F33.1 — Рекурентний депресивний розлад, поточний епізод помірної тяжкості		F33.2 — Рекурентний депресивний розлад, поточний епізод тяжкий без психотичних симптомів		F33.3 — Рекурентний депресивний розлад, поточний епізод тяжкий з психотичними симптомами	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Тривожний (ажитований)	1	1,2	6	7,0	4	4,7	4	4,7
Тужливий (меланхолійний)	3	3,6	3	3,6	7	8,5	1	1,2
Сенесто-іпохондричний	—	—	2	2,4	8	9,5	8	9,5
Апатико-адинамічний	—	—	2	2,4	8	9,5	4	4,7
Астено-анергічний	4	4,7	3	3,6	3	3,6	1	1,2
Обсесивно-депресивний	—	—	3	3,6	4	4,7	5	6,1
Всього	8	9,5	19	22,6	34	40,5	23	27,4



Середній рівень алекситимії за шкалою ТАШ-20 залежно від характеру депресивного синдрому

ефективності проведеної терапії. Такі дані будуть покладені в основу подальших досліджень ТРД у плані пошуку ефективних методів подолання резистентності депресивних розладів та достовірних прогностичних маркерів процесу лікування.

Через складну психопатологічну структуру, поліmodalність афективних проявів при ТРД питання їх клініко-психопатологічних особливостей потребує подальшого вивчення з урахуванням їх динаміки, характеру редукції афективної симптоматики. Ці чинники стануть провідними для прогнозу ефективності призначеного лікування.

Список літератури

1. *Быков Ю. В.* Резистентные к терапии депрессии / Ю. В. Быков.— Ставрополь, 2009.— 77 с.
2. *Вертоградова О. П.* Затяжные депрессии (закономерности формирования, прогноз, терапия) / О. П. Вертоградова, В. В. Петухов // Социальная и клиническая психиатрия.— 2005.— № 4.— С. 18–22.
3. *Nemeroff C. B.* Prevalence and management of treatment-resistant depression / C. B. Nemeroff // J. Clin. Psychiatry.— 2007.— Vol. 68 (Suppl. 8).— P. 17–25.
4. *Голденко О. Н.* Социально-психологическая адаптация больных рекуррентными депрессивными расстройствами / О. Н. Голденко // *Арх. психиатрии*.— 2010.— Т. 16, № 1 (60).— С. 33–36.
5. *Підкоритов В. С.* Сучасні підходи до лікування «фармакорезистентних» депресій / В. С. Підкоритов // *Укр. вісн. психоневрології*.— 2010.— Т. 18, № 2.— С. 55–57.
6. *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.
7. *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.
8. *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.
9. *Пришляк В. I.* Деякі особливості клініки хроніфікованих депресій в контексті базового психопатологічного механізму їх формування / В. I. Пришляк, О. О. Фільц // *Журн. психиатрии и медицинской психологии*.— 2008.— № 1 (18).— С. 55–61.
10. *Мазо Г. Э.* Терапевтические резистентные депрессии: современные подходы к диагностике и лечению / Г. Э. Мазо, С. Е. Горбачев, Н. Н. Петрова // *Вестн. Санкт-Петербургского университета: в 2 т.*— СПб., 2008.— С. 87–96.
11. *Мороз С. М.* Некоторые закономерности формирования резистентности депрессий / С. М. Мороз // *Арх. психиатрии*.— 2004.— Т. 10.— № 1 (36).— С. 105–108.
12. *Farges F.* Alexithymia, depression and drug addiction / F. Farges, M. Corcos, M. Speranza // *Encephale*.— 2004.— Vol. 30, № 3.— P. 201–211.
13. *Honkalampi K.* Depression is strongly associated with alexithymia in the general population / K. Honkalampi, J. Hintikka, A. Tanskanen // *J. Psychosom. Res.*— 2000.— Vol. 48.— P. 99–104.
14. *Larsen J. K.* Cognitive and emotional characteristics of alexithymia. A review of neurobiological studies / J. K. Larsen, N. Brand, B. Bermond, R. Hijman // *J. of Psychosom. Research*.— 2003.— Vol. 54.— P. 533–541.
15. *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.
16. *Souery D.* Treatment-resistant depression / D. Souery, G. I. Papakostas, M. H. Trivedi // *J. Clin. Psychiatry*.— 2006.— Vol. 67 (Suppl. 6).— P. 16–22.
17. *Zeitlin S.* Interhemispheric transfer deficit and alexithymia / S. Zeitlin, R. Lane, D. O'Leary // *Am. J. Psychiatry*.— 1989.— Vol. 146, № 11.— P. 1434–1439.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АЛЕКСИТИМИИ С КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИ РЕЗИСТЕНТНЫХ ДЕПРЕССИЙ

Л. В. РАХМАН

В результате проведенного исследования установлено, что при терапевтически резистентных депрессиях в рамках рекуррентного депрессивного расстройства зачастую определяются сенесто-ипохондрический, тревожный и тоскливый варианты клинического течения. Уровень алекситимии коррелирует со степенью тяжести депрессивной симптоматики и проявляется у всех больных с терапевтически резистентными депрессиями, он может быть маркером резистентности у данной категории больных.

Ключевые слова: алекситимия, терапевтически резистентные депрессии, клинические особенности, психопатологическая характеристика.

**ALEXITHYMIA CORRELATIONS WITH CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS
OF THERAPEUTICALLY RESISTANT DEPRESSION**

L. V. RAKHMAN

The performed investigation revealed that at therapeutically resistant depressions senesto-hypochondrial, anxiety and melancholic variants of the clinical course are most frequently observed within recurrent depressive disorder. Alexithymia level correlates with severity of depressive symptoms, is found in all patients with therapeutically resistant depressions and can be a marker of resistance in this group of patients.

Key words: alexithymia, therapeutically resistant depression, clinical features, psychopathological characteristics.

Надійшла 07.10.2014