

С.А. Осипова, В.И. Курпатов, А.В. Махнач

Оценка ресурсных возможностей у пациентов с психогенной депрессией

Резюме. Целенаправленно изучались и сравнивались ресурсы пациентов с невротической депрессией, ставшей результатом воздействия хронического стрессора или макрострессора, используя опросник ресурсов совладания со стрессом. Обследовано 120 человек, средний возраст которых составил $39,2 \pm 8,9$ лет. Выявлено наличие значимых обратных корреляционных связей между выраженностью депрессии и показателями ресурсов совладания со стрессом. Обнаружено снижение эффективности ресурсов при депрессии. У пациентов с невротической депрессией, развившейся под влиянием макрострессора, в большей степени страдают ресурсы физического здоровья, уверенности в своих способностях успешно овладеть стрессовой жизненной ситуацией, социальной поддержки членов семьи и друзей. Развитие невротической депрессии на фоне хронического стрессора сопровождается обеднением ресурсов структурирования, финансовой свободы, принятия себя и других. К факторам, не влияющим на развитие и не изменяющимся в результате воздействия невротической депрессии, относятся самораскрытие и физическая выносливость. Учитывая эти особенности, можно более эффективно лечить и предупреждать развитие депрессии.

Ключевые слова: ресурсы совладания со стрессом, невротическая депрессия, макрострессор, хронический стрессор.

Введение. Многообразие психогенных воздействий в современных условиях сопровождается ростом числа аффективных расстройств. В Российской Федерации отмечается неуклонный рост пограничных психических расстройств, в структуре которых 43,6% занимают невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства. Так, абсолютное число больных с 1315,9 на 100000 населения в 2000 г. увеличилось до 1468,9 в 2004 г., что составляет положительный прирост в 11,6% [1].

Исследования указывают на существенную роль неблагоприятных жизненных событий в фазе, предшествующей началу депрессивных расстройств [2]. Многие авторы утверждают, что наносить вред здоровью и самочувствию могут как интенсивные, более или менее короткие стрессовые жизненные события, так и хронические стрессоры. Значительная роль в формировании невротических депрессий принадлежит также и личностной уязвимости [3]. При этом развитие депрессивной симптоматики происходит не у всех лиц, перенесших стрессовое воздействие. Этот факт сохраняет интерес исследователей всего мира к изучению саногенных механизмов при данной патологии. Были получены данные о редуцирующем и профилактическом в отношении депрессии влиянии таких факторов, как социальная поддержка, адекватные копинг-стратегии [2], узкий профиль механизмов психологических защит [4], благоприятная социально-экономическая ситуация в стране [5]. Несмотря на большое количество проводившихся в разное время исследований, посвященных изучению влияния отдельных параметров на формирование психогенных депрессий, малоизученными остаются ресурсные механизмы при данной патологии. Нет сравнительных исследований по

показателям ресурсов при воздействии макрострессоров и хронических стрессоров.

Цель исследования. Изучить и сравнить ресурсы совладания со стрессом как саногенетические механизмы личности больных невротической депрессией, развившейся под воздействием макрострессора и хронического стрессора, для выявления дифференцированных мишеней психотерапии.

Под макрострессорами понимают такие события в жизни человека, которые удовлетворяют следующим трем критериям (Filipp S. H., 1990): их можно датировать и локализовать во времени и пространстве, они требуют качественной реорганизации в структуре «индивид-окружающий мир», они сопровождаются стойкими аффективными реакциями, а не только кратковременными эмоциями [2]. Хронические стрессоры, по мнению авторов методики «Перечень жизненных событий и сложностей» G.W. Brown, T.O. Harris (1978), представляют собой постоянно повторяющиеся трудности, которые продолжались минимум четыре недели [6].

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 120 человек. Все обследуемые были поделены на 4 равные ($n=30$) группы:

1-я группа – лица с невротической депрессией, развившейся под влиянием макрострессора;

2-я группа – лица с невротической депрессией, развившейся на фоне хронического стрессора;

3-я группа – здоровых испытуемые, пережившие макрострессор;

4-я группа – здоровые испытуемые, подвергшиеся воздействию хронического стрессора.

Каждая группа представлена 93% женщин и 7% мужчин. Средний возраст обследуемых 1-й группы составил $39,2 \pm 9,9$ лет; 2-й – $39,6 \pm 8,3$ лет; 3-й –

39,1±7,9 лет; 4-й – 38,8±9,5 лет. Пациенты проходили стационарное лечение в Клинике неврозов им. И.П. Павлова с 2005 по 2007 год.

Критериями включения больных в исследование являлись:

1. Наличие в клинической картине депрессивных переживаний невротического уровня.
2. Развитие указанных состояний после острого макрострессора для 1-й группы или в результате воздействия хронического стрессора для 2-й группы.
3. Первичная госпитализация по поводу депрессивной симптоматики.
4. Трудоспособный возраст пациентов (25–55 лет).

Критериями включения здоровых лиц в исследование были отсутствие депрессивной симптоматики и переживание ими в течение последних 24 месяцев критической жизненной ситуации (для 3-й группы) или нахождение в настоящий момент в условиях хронического стресса (для 4-й группы).

В выборку не были включены пациенты, страдающие эндогенными депрессиями; пациенты с наличием выраженного когнитивного дефицита; пациенты с соматическими и неврологическими заболеваниями средней и высокой степени тяжести.

Использованы клинико-психопатологический и экспериментально-психологический (BDI, HADRS, CRIS) методы исследования. Для количественной оценки данных применялись унифицированная карта обследования пациентов, разработанная для данного исследования, шкалы депрессии Гамильтона (HADRS) (Hamilton M., 1967) и Бека (BDI) [7], оценивающие различные компоненты депрессивного синдрома, а также опросник ресурсов совладания со стрессом (CRIS), разработанный в 1987 г. Опросник адаптирован в России А.В. Махначом и Ю.В. Постыляковой в 1999 г. [8]. В CRIS предусмотрена глобальная оценка, которая называется «Эффективность ресурсов совладания» (CRE). В дополнение к CRE даются 12 первичных шкал, 3 вторичных шкалы, а также 16 утверждений для определения обстоятельств, препятствующих благополучию, и 5 шкал валидности. Первичные шкалы: «Самораскрытие», «Направленность на себя», «Уверенность», «Принятие себя и других», «Социальная поддержка», «Финансовая свобода», «Физическое здоровье», «Физическая выносливость», «Управление стрессом», «Контроль напряжения», «Структурирование», «Решение проблем». Три вторичные шкалы: «Когнитивное переструктурирование», «Рациональная убежденность», «Социальная непринужденность». Шестнадцать утверждений из теста CRIS оценивают препятствия благополучию, т.е. указывают на те привычки и условия, которые вредят здоровью человека. Эти утверждения позволяют определить склонность к риску, указывают на эмоциональные или физические расстройства здоровья, которые могут усугубиться в результате неуправляемого стресса, а также на переживание эмоционального конфликта. Пять шкал валидности измеряют установ-

ки респондентов при выполнении теста, это шкалы: «Социальная желательность», «Неординарность», «Пропущенные утверждения» и два «Индикатор случайности ответов».

Полученные данные обрабатывались с помощью пакета статистических программ SPSS 12,0. Для исследования влияния различных ресурсов на уровень депрессивной симптоматики использовали корреляционный анализ и вычисление отношения шансов непосредственно для каждого фактора. Расчет показателя отношения шансов (ОШ) при 95% доверительном интервале (ДИ), позволил выяснить, насколько изменение того или иного фактора повышает риск развития депрессивной симптоматики.

Результаты и их обсуждение. Анализ различий ресурсов совладания со стрессом по тесту CRIS между здоровыми лицами и депрессивными пациентами (сравнение 1-й и 3-й групп, 2-й и 4-й групп по критерию Манна-Уитни) выявил, что практически все ресурсы снижаются в процессе развития депрессивной симптоматики ($p < 0,01$), за исключением самораскрытия и физической выносливости. Первое свидетельствует в пользу того, что депрессивные пациенты свободно могут говорить о своих чувствах, волнениях и тревогах, мыслях и мнениях. Они готовы быть открытыми с другими людьми, но при этом ощущают недостаток социальной поддержки. Таким образом, наиболее существенными в работе с данными пациентами являются такие терапевтические механизмы как эмпатия, сочувствие, безусловное принятие, терпение. Сохранение средних показателей по шкале «Физическая выносливость» говорит о достаточной активности пациентов, направленной на личное здоровье.

Для того, чтобы убедиться в наличии связи между имеющимися у человека ресурсами и депрессивной симптоматикой, проведен корреляционный анализ, результаты которого представлены в таблице 1. Наиболее значимые по силе обратные корреляции обнаружались с такими показателями, как «Уверенность» ($r = -0,73$), «Когнитивное переструктурирование» ($r = -0,71$) и «Эффективность ресурсов совладания» ($r = -0,75$). При развитии депрессивной симптоматики, пациенты теряют веру в свои способности успешно овладеть неблагоприятным жизненным событием и соответственно меньше прикладывают усилий по изменению своих мыслей для того, чтобы редуцировать стресс. Как правило, это характерно при развитии депрессивной симптоматики на фоне хронического стрессора, когда пациенты считают, что уже все опробовали и теряют надежду на разрешение стрессовой ситуации. Совокупность проблем начинает казаться монолитом, перестают замечаться даже небольшие успехи в решении отдельных сложностей. Пациенты чаще жалуются, чем предпринимают какие-либо шаги для решения неблагоприятной ситуации, что, в свою очередь, снижает эффективность ресурсов совладания.

Соматические проявления депрессии имеют среднюю по силе связь со снижением ресурса ре-

Показатели коэффициентов корреляции шкал CRIS с общими баллами по шкалам HADRS и BDI в условиях воздействия макрострессора и хронического стрессора

Показатель	При воздействии макрострессора (1-я и 3-я группы)		При воздействии хронического стрессора (2-я и 4-я группы)	
	HADRS	BDI	HADRS	BDI
Самораскрытие	-0,23	-0,22	-0,22	-0,20
Направленность на себя	-0,37*	-0,38*	-0,49**	-0,51**
Уверенность	-0,61**	-0,60**	-0,61**	-0,73**
Принятие себя и других	-0,43**	-0,44**	-0,44**	-0,45**
Социальная поддержка	-0,54**	-0,56**	-0,46**	-0,58**
Финансовая свобода	-0,46**	-0,50**	-0,33*	-0,58**
Физическое здоровье	-0,69**	-0,59**	-0,48**	-0,54**
Физическая выносливость	-0,22	-0,37*	0,18	0,00
Контроль стресса	-0,34*	-0,30*	-0,57**	-0,64**
Контроль напряжения	-0,44**	-0,49**	-0,38*	-0,52**
Структурирование	-0,38*	-0,32*	-0,32*	-0,46**
Решение проблем	-0,67**	-0,62**	-0,59**	-0,65**
Когнитивное реструктурирование	-0,58**	-0,58**	-0,58**	-0,71**
Рациональная убежденность	-0,37**	-0,40**	-0,39**	-0,40**
Социальная непринужденность	-0,42**	-0,38*	-0,46**	-0,43**
Эффективность ресурсов совладания	-0,73**	-0,70**	-0,62**	-0,75**

Примечание: * – различия достоверны при $p < 0,05$; ** – при $p < 0,01$ (критерий Пирсона).

шать личностные проблемы. Это, как правило, говорит о дефиците навыков, связанных с определением проблем, с логическим подходом к проблемам, особенностями получения информации, нахождением осуществимых решений, обдумыванием альтернатив, прогнозированием последствий. В соответствии с этим представляется важным проведение психообразовательного этапа в начале терапии депрессии с применением поведенческих техник для освоения определенных навыков, направленных на преодоление стрессоров. Для повышения эффективности ресурсов совладания предлагается сделать акцент на развитии ресурса совладания, планирования решения проблем, работу с поведением избегания и разграничением ответственности за имеющиеся проблемы.

Вычисление отношения шансов позволило увидеть значимые различия рисков наступления депрессивной симптоматики при нормальных и сниженных относительно среднестатистической нормы показателях ресурсов совладания со стрессом (табл. 2).

Для пациентов обеих групп характерно в целом снижение эффективности ресурсов, что повышает шансы развития депрессивной симптоматики в 34 раза при 95% ДИ 3,99–289,77 для 1-й группы и в 17 раз при ДИ 3,36–87,95 для 2-й группы. В структуре этого глобального показателя для пациентов с невротической депрессией, развившейся из-за воздействия макрострессора, патогенным будет снижение

ресурсов физического здоровья (ОШ 40,3 при ДИ 6,91–234,96) по показателю «Физическое здоровье» теста CRIS), включая появление хронических недугов или недееспособности. Возможно, с этим связано наличие депрессивной симптоматики у 23,8% больных общемедицинского профиля [9]. Также возрастает шанс развития депрессии при уменьшении эффективности ресурсов совладания (ОШ 34 при ДИ 3,99–289,77), снижение уверенности в своих способностях успешно овладеть стрессовой жизненной ситуацией (ОШ 15,63 при ДИ 3,58–68,18) и социальной поддержки членов семьи и друзей (ОШ 6,13 при ДИ 1,64–22,89) (по показателям «Уверенность», «Социальная поддержка» теста CRIS). Общеизвестным является факт саногенного влияния на депрессию социальной поддержки, однако развитие депрессивной симптоматики с характерным негативным восприятием окружающего само по себе снижает возможность использовать данный ресурс. Специфика групповой психотерапии, как микромоделей общества, позволяет за счет обратной связи получить от членов группы и адекватно воспринять многогранную и качественную поддержку. Доказано также, что при столкновении со стрессовыми обстоятельствами у лиц, которые имеют ориентиры на свое сообщество, а не только на себя, наблюдается меньше проявлений депрессии [10]. Таким образом, реализация общегрупповых целей и задач снижает болезненную симптоматику.

Показатели отношения шансов развития депрессивной симптоматики на фоне воздействия макрострессора и хронического стрессора с поправкой на уровень ресурсов совладания со стрессом по показателям теста CRIS

Показатель	При воздействии макрострессора (1-я и 3-я гр.)		При воздействии хронического стрессора (2-я и 4-я гр.)	
	Отношение шансов	95% доверит. интервал	Отношение шансов	95% доверит. интервал
Самораскрытие	0,98	0,27–3,52	1,61	0,51–5,12
Направленность на себя	2,56	0,48–13,62	5,53*	1,07–28,49
Уверенность	15,63*	3,58–68,18	9,03*	2,41–33,87
Принятие себя и других	3,48	0,67–18,05	11,58*	1,36–98,94
Социальная поддержка	6,13*	1,64–22,89	7,44*	2,16–25,62
Финансовая свобода	3,68	0,89–15,22	13,44*	1,58–114,25
Физическое здоровье	40,3*	6,91–234,96	5,96*	1,75–20,36
Физическая выносливость	–	–	1,63	0,14–19,18
Контроль стресса	–	–	–	–
Контроль напряжения	–	–	–	–
Структурирование	–	–	13,44*	1,58–114,25
Решение проблем	–	–	7,14*	1,74–29,41
Когнитивное реструктурирование	–	–	–	–
Рациональная убежденность	2,76	0,80–9,52	4,01*	1,22–13,17
Социальная непринужденность	4,00	0,78–20,59	4,71*	1,14–19,48
Эффективность ресурсов совладания	34*	3,99–289,77	17,18*	3,36–87,95

Примечание: * – статистически значимые зависимости от уровня ресурса совладания со стрессом (ДИ > 1,0).

При вычислении показателя отношения шансов для пациентов и здоровых лиц, находящихся в условиях хронического стрессора, выявлено значимое влияние на развитие депрессивной симптоматики падения практически всех ресурсов, за исключением самораскрытия и физической выносливости (по показателям «Самораскрытие» и «Физическая выносливость» теста CRIS). По-видимому, полное истощение ресурсов связано с длительным воздействием стрессора. В большей степени способствует развитию депрессии снижение следующих ресурсов: структурирования (ОШ 13,44 при ДИ 1,58–114,25), финансовой свободы (ОШ 13,44 при ДИ 1,58–114,25) и принятия себя и других (ОШ 11,58 при ДИ 1,36–98,94) (по одноименным показателям теста CRIS). Это свидетельствует о том, что пациенты с невротической депрессией на фоне хронического неблагоприятного жизненного события не справляются с управлением ресурсами совладания со стрессом, как во времени, так и по силе. Имеют дефицит таких навыков, как планирование, постановка целей и расстановка приоритетов, выполнение действий в соответствии с собственными планами. Фактически, мы сталкиваемся с описанным А. Беком порочным кругом депрессивного пациента: бездействие рождает мысли о неспособности решить данную проблему, которые, в свою очередь, вызывают ещё большую подавленность и безынициативность [11]. Пациенты 2-й группы также испытывают дополнительный стресс, связанный с финансовыми трудностями. Они не способны смириться

со своими поступками и несовершенством, принять причуды и оплошности других людей, что дополнительно их фрустрирует.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что развитие депрессивной симптоматики сопряжено со снижением показателя эффективности ресурсов в целом. При этом основными факторами, способствующими развитию депрессивных расстройств на фоне критического жизненного события, является снижение ресурсов:

1. Физического здоровья, включая появление хронических недугов или недееспособности;
2. Уверенности в своих способностях успешно овладеть стрессовой жизненной ситуацией;
3. Социальной поддержки членов семьи и друзей.

Развитие невротической депрессии на фоне хронического стрессора сопровождается обеднением в целом ресурсной системы преодоления стресса. Наиболее выражено влияет снижение ресурсов: структурирования, финансовой свободы, принятия себя и других.

К факторам, не влияющим на развитие и не изменяющимся в результате воздействия невротической депрессии, относятся самораскрытие и физическая выносливость. В психотерапевтической работе способность делиться с другими людьми своими переживаниями и желание выздороветь позволяют улучшить комплайнс и мотивировать пациентов на лечение.

Заключение. Саногенетическими механизмами при воздействии макрострессора являются поддержа-

ние физического здоровья в целом, проживание с родственниками или близкими друзьями, проработка негативной когнитивной карты пациента, для реальной оценки оказываемой поддержки; а также психотерапевтическая работа, направленная на повышение планирования решения проблемы и на работу с уверенностью в своих силах по преодолению стресса.

Задачи психотерапии невротических депрессий, развившихся на фоне хронического стрессора, включают формирование адаптивных вариантов совладания, повышение ресурса принятия себя и других, а также решение межличностных проблем. Данные задачи, возможно, наиболее полно реализовать в русле групповой личностно-ориентированной психотерапии.

Литература

1. Дроздовский, С.А. Заболеваемость психическими расстройствами в возрастных группах населения Чувашской Республики и Российской Федерации / С.А. Дроздовский, Н.А. Творогова // 3-й съезд психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской Республики: тез. докл. – Чебоксары, 2005. – С. 77–80.
2. Абабков, В. А. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики терапии / В.А. Абабков., М. Перре. – СПб. : Речь, 2004. – 166 с.
3. Смулевич, А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. – М. : Медицинское информационное агентство, 2003. – 432 с.
4. Анохин, Е.Ю. Патогенные и патопротекторные факторы в развитии психопатологических проявлений и особенностей течения невротических расстройств в позднем возрасте : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Е.Ю. Анохин. – Оренбург, 2005. – 34 с.
5. Лобачев, Л.С. Клинико-динамические тенденции депрессивных расстройств в условиях меняющихся социально-психологических факторов: (клинико-эпидемиологическое исследование): автореф. дис. ... канд. мед. наук / Л.С. Лобачев. – Новосибирск, 2004. – 25 с.
6. Kaufman, Felicia D. Life-Stress Assessment in Adolescents: Validation of the Abbreviated Life Events and Difficulties Schedule – Adolescent Version (ALEDS-A) / Felicia D. Kaufman ; [Department of Educational and Counseling Psychology]. – Montreal : Mc Gill University, 1998 – 151 p.
7. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.
8. Махнач, А.В. CRIS: опросник оценки ресурсов совладания со стрессом / А.В. Махнач, Ю.В. Постылякова // Проблемность в профессиональной деятельности: теория и методы психологического анализа. – М. : изд-во Институт психологии РАН, 1999. – С. 282–302.
9. Дробижев, М.Ю. Депрессия как общемедицинская проблема / М.Ю. Дробижев // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – Т. 8, № 2. – С. 57–61.
10. Hobfoll, S.E. The impact of communal-mastery versus self-mastery on emotional outcomes during stressful conditions: a prospective study of Native American women / S.E. Hobfoll // Am. J. Community Psychol. – 2002. – № 6. – P. 853–871.
11. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек [и др.]. – СПб. : Питер, 2003. – 304 с.

S.A. Osipova, V.I. Kurpatov, A.V. Makhnach

Assessment of the coping resources in patients with psychogenic depression

Abstract. The resources was analyzed and compared in patients with neurotic depressions induced by chronic stressor or resulting from the effect of macrostressor, using the coping resources inventory for stress. 120 respondents was included, why mean age was $39,2 \pm 8,9$ years. In this research the presence of significant inverse correlation between the intensity of depression and measurements of the coping resources for stress was detected. It was found the decrease of coping resource effectiveness in the depression. In group of patients with neurotic depressions resulting from the effect of macrostressor, to a greater degree, the resources of physical health, of confidence in oneself abilities to get over the stressor live events, of social support from family and friends is impairing. Development of neurotic depressions induced by chronic stressor is companionship the depletion of structuring, financial freedom, acceptance oneself and other people. The factors, which don't influence the development and unchanging in result from effect of neurotic depression, include self disclosure and physical fitness. Taking into account thesis characteristics it may more effective treat and prevent the development of depression.

Key words: coping resources for stress, neurotic depression, macrostressor, chronic stressor.