

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ

ПСИХОГЕННО ОБУМОВЛЕНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

liliya_polt@mail.ru

Стаття є фрагментом науково-дослідної теми «Клініко-психопатологічні дослідження та оптимізація лікувальних і реабілітаційно-профілактичних заходів за умов різних психічних розладів з урахуванням геліометеофакторів та біологічних ритмів» (№ державної реєстрації 0115U000839).

Вступ. Зростаюча актуальність проблеми депресій обумовлена їх поширеністю, суттєвим впливом хвороби на якість життя та соціальне функціонування людини. Стресові навантаження різної сили і спрямованості, надмірна інтенсивність потоків різнопланової інформації, швидкий темп життя – усе це суттєво впливає на здоров'я індивіда та досить часто стає предрисуючим чинником виникнення психопатологічної симптоматики. Розвиток депресивних порушень відбувається при складній взаємодії біологічних, психологічних, мікросоціальних факторів, що призводять до цілісної реакції організму на стресогенний фактор [2]. На думку деяких експертів, депресивні розлади слід вважати одним із найважливіших чинників соціально-економічних проблем, що виникають унаслідок порушення здоров'я [3,20]. Підвищення ризику здійснення аутоагресивних дій у хворих з депресивними розладами свідчить про безсумнівну важливість даної проблеми, що має як медичне, так і соціальне значення [5,19].

За даними раніше проведених досліджень [14,21], має місце зміна природи психічних розладів, що, зокрема, виражається в збільшенні поширеності депресивних станів. Існує точка зору, згідно з якою збільшення показників поширеності депресій частково обумовлено поступовим розширенням поняття «психічне захворювання» [12,15]. В інших публікаціях відмічено особливу важливість патопластичних факторів та необхідність врахування соціокультуральних аспектів середовища існування індивідуума у діагностиці депресивних розладів [4,13]. При цьому зростання числа депресивних станів обумовлене збільшенням питомої ваги неглибоких депресій, зокрема психогенних, соматогенних форм, дистимії, циклотимії в порівнянні з класичними ендогенними депресіями. Так, в даний час частка неспсихотичних форм у загальній структурі депресивної патології перевищує 60% [8].

Розподіл депресивних розладів на психотичну і невротичну депресію частково перетинається з поділом на ендогенні та екзогенні депресії, будучи більш багатозначним. Поділ «психотичний-невротичний» – головна позиція традиційних діагностичних класифікацій. Поняття невротична депресія

не має єдиного визначення і у великій кількості наукових праць вище зазначений симптомокомплекс описано як неспсихотичну, неендогенну, ситуаційно обумовлену, особистісну депресію [6,9]. Існуючі лікувально-діагностичні труднощі ускладнюються сучасною класифікаційною градацією невротичних депресій. Якщо у МКХ-9 вони належали до окремої рубрики депресивного неврозу (шифр 300.4), то в МКХ-10, яка діє сьогодні, така рубрика відсутня. При цьому рекомендація щодо розміщення невротичних депресій у рубриці дистимія (F34.1) не відбиває психогенного характеру патології, а співвідношення їх з рубриками невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади (F40.0) не дозволяє повною мірою розкрити психопатологічну структуру даної патології [18].

Емпіричним шляхом були виділені кластери облігатних і факультативних депресивних симптомів. Цей підхід покладено в основу практичних настанов (DSM) і визнає рівноправність всіх теоретичних напрямків, об'єднуючи біологічні, психоаналітичні, поведінкові теорії і дослідження у вирішенні завдань лікування та вивчення психічних розладів. Залежно від тривалості та характеру симптоматики, психогенні депресії, за МКХ-10, частіше кваліфікуються як змішаний тривожно-депресивний (F41.2), іпохондричний (F45.2) розлад або розлади адаптації (F43.2) [10].

При депресії страждають практично всі сфери – емоційна, інтелектуальна, волюва та мотиваційна, що виявляється як суб'єктивно в скаргах клієнта, так і об'єктивно – в зміні поведінки [16]. Емоційні розлади при невротичних депресіях, за даними дослідників, не є генералізованими, а, як правило, пов'язані з психотравмуючою ситуацією [11]. Депресивна невротична симптоматика має виражену реактивність. Вона безпосередньо залежить від виникаючих у хворих сприятливих або несприятливих життєвих обставин. Ступінь вираженості невротичних депресій помітно коливається як протягом одного дня, так і протягом декількох днів. Подальший перебіг таких розладів і можливу їх хроніфікацію значною мірою підтримують внутрішньо особистісні конфлікти, наявні у хворих. Це можуть бути і незадоволена сексуальна прихильність, і дисоціація між рівнем домагань особистості та її реальним соціальним статусом, і багато інших. Факторами, що обтяжують її перебіг і прогноз, виступають органічна церебральна скомпрометованість та супутні соматичні захворювання [17].

Інший напрямок створення типології депресій пов'язано з виділенням в якості критерію класифікації формальної ознаки – типу провідного афекту. Є дослідження, в яких було виявлено гендерні відмінності у клінічній картині та структурі копінг-механізмів при неспсихотичних психогенних депресіях. Так, для чоловіків більш характерна тривожно-фобічна та тривожно-дисфорична клініка психогенної депресії, а для жінок – тривожно-адинамічний та дистимічний варіанти [1]. Встановлено, що основу клінічних проявів у хворих на невротичні депресії становлять емоційні розлади, які у поєднанні з чутливими, руховими і сомато-вегетативними феноменами формують різноманітність клінічної симптоматики [7].

Метою дослідження було вивчення клініко-психопатологічних особливостей пацієнтів з психогенними депресивними розладами.

Об'єкт і методи дослідження. Нами було проведено комплексне обстеження 45 хворих (35 жінок, 10 чоловіків) віком від 23 до 44 років. Згідно МКХ-10 у всіх пацієнтів діагностовано розлади адаптації (F43.2). Тривалість захворювання на момент дослідження становила від 1 до 6 місяців.

Для оцінки стану хворих використовували клініко-психопатологічний метод дослідження, що включає вивчення скарг, оцінку психічного і сомато-неврологічного статусу хворих, виокремлення основних психопатологічних синдромів і їх динаміки в якості діагностичних критеріїв МКХ-10, клініко-анамнестичний, психодіагностичний методи з використанням шкали Гамільтона (HDRS) для оцінки депресії (Hamilton M. 1967), шкали Спілбергера-Ханіна для визначення рівня реактивної (PT) та особистісної (OT) тривожності (Hanin Y. L., Spilberger C. D., 1989), Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) (Zigmond A. S., Snaith R. P., 1983), методики діагностики копінг-механізмів (Heim E., 1995), згідно з якою проводилося оцінювання 26 варіантів копінг-стратегій, класифікованих за трьома типами: когнітивний, емоційний і поведінковий, статистичний метод.

Результати дослідження та їх обговорення. В клінічній картині у всіх пацієнтів виявлялися компоненти депресії, вираженість яких коливалася в межах відповідної реакції щодо дії психогенних факторів – ситуації сильних і короткочасних психотравмуючих впливів, які різко зачіпали особистість в силу індивідуальної значущості та ситуації впливу слабких і тривало діючих психогенних чинників.

У результаті проведеного дослідження було виявлено, що в клінічній картині у всіх обстежених хворих спостерігалися пригніченість настрою, який пацієнти частіше пояснювали як результат фізичного нездужання, втрата інтересу до колишніх занять, зниження активності та ініціативи, що впливало на їх самовідчуття, працездатність, рівень пізнавальної діяльності. У 38 (84,4%) обстежених виявлені розлади сну, у 31 (68,9%) – зниження апетиту, у 37 (82,2%) – різного ступеню вираженості сомато-вегетативні порушення. Так, у 22 (59,5%) осіб мали місце сомато-вегетативні прояви у вигляді кардіалгій, що виникали після психоемоційного напруження, коливання артеріального тиску, зміни ритму серцевих скорочень. У 9 (24,3%) пацієнтів від-

мічалися респіраторні функціональні порушення, що супроводжувалися зміною ритму дихальних рухів, відчуттям нестачі повітря. Спектр функціональних порушень шлунково-кишкового тракту спостерігався у 6 (16,2%) обстежених і складався із алгічних відчуттів, які мали мігруючий характер, супроводжувалися відчуттям печії, нудоти та розпирання в животі. Серед всіх обстежених 19 (42,2%) пацієнтів висловлювали скарги на біль голови стискаючого характеру, що мав зв'язок з психоемоційним напруженням та не зникав після прийому знеболюючих засобів.

На основі даних клініко-психопатологічного дослідження в залежності від домінуючого психопатологічного синдрому з урахуванням аналізу ступеню важкості депресивної і тривожної симптоматики за шкалами HDRS, Спілбергера-Ханіна, HADS були виділені наступні варіанти психогенних депресій невротичного рівня: тривожний – у 19 (42,2%) осіб, дисфоричний – у 7 (15,6%), астеничний – у 11 (24,4%), іпохондричний – у 8 (17,8%).

Для тривожного варіанта психогенної депресії було характерно почуття тривоги на фоні пригніченого настрою, внутрішнє хвилювання, напруга з неможливістю розслабитися, передчуттям нещастя, гіперестезії, порушення сну, зниження концентрації уваги, нав'язливі песимістичні роздуми ситуаційного характеру, переживання загрози, пов'язаної з наявністю зміненого соматичного відчуття, вегетативні пароксизми. В більшості випадків тривога була пов'язана безпосередньо з психотравмуючою ситуацією. Пацієнти висловлювали побоювання про свою подальшу долю або долю своїх рідних, про вихід із психогенної ситуації. Значно рідше відмічалася недиференційована тривога, коли пацієнти не могли пояснити, що саме їх тривожить. Відзначалася високий (>46 балів) та помірний (31-45 балів) рівень PT та OT за шкалою Спілбергера-Ханіна, важкий (>28 балів) та помірний (17-27 балів) рівень депресії за шкалою HDRS, клінічні прояви тривоги і депресії за шкалою HADS (>11 балів).

В клінічній картині дисфоричного варіанту психогенної депресії провідними були емоційні розлади – настрої характеризувалися пригніченістю, тужливістю, невдоволенням, вираженою дратівливістю, похмурістю, гнівливістю. В той же час часто відмічалися тривожні компоненти, напруга, занепокоєння. Підвищена вразливість цих пацієнтів поєднувалася із збудливістю, нестриманістю афекту. Відмічалися переважно помірний (31-45 бали) та низький (<30 балів) рівень PT та OT за шкалою Спілбергера-Ханіна, важкий та помірний депресивний епізод за шкалою HDRS, клінічні (>11 балів) або субклінічні (8-10 балів) прояви тривоги і депресії за шкалою HADS.

Астеничний варіант депресії мав тенденцію до затяжного перебігу. На фоні клінічних симптомів депресивного спектру відмічалися астеничні прояви у вигляді фізичної слабкості, емоційної нестійкості, підвищеної втомлюваності, виснажливості уваги, плаксивості. Емоційна лабільність, підвищена дратівливість, збудливість були незначно виражені. Пацієнти були більш пригнічені, сумні, мляві, при цьому пов'язували свій стан з психогенною ситуацією, вважаючи його природним. Разом з тим він міг легко

змінитися під впливом сприятливого зовнішнього чинника. Відмічалися переважно низький рівень РТ та ОТ за шкалою Спілбергера-Ханіна, помірний (17-27 балів) або легкий (7-16 балів) депресивний епізод за шкалою HDRS, субклінічні прояви тривоги і депресії за шкалою HADS.

Для іпохондричного варіанта психогенної депресії було характерно домінування в клінічній картині тривожних побуювань за своє здоров'я при відсутності для цього достатніх підстав на фоні зниженого настрою в поєднанні з емоційною непереносимістю болю, фіксацією на своїх неприємних відчуттях, що супроводжувалися obsесивними включеннями, але не досягали рівня надцінного трактування. Підставою для виникнення іпохондричних думок часто слугували вегетативні порушення. Фіксація на цих відчуттях наводила на думку про наявність важкої хвороби, у зв'язку з чим настрої знижувався ще більше. Тема психотравмуючої ситуації, як правило, не звучала у висловлюваннях, однак іпохондричні скарги посилювалися під впливом несприятливих зовнішніх обставин. Відмічалися переважно помірний та низький рівень РТ та ОТ за шкалою Спілбергера-Ханіна, легкий депресивний епізод за шкалою HDRS, субклінічні прояви тривоги і депресії за шкалою HADS.

У процесі діагностики індивідуальних копінг-стратегій подолання конфліктних ситуацій було виявлено, що серед когнітивних стратегій вибір неадаптивних моделей пацієнти з психогенними депресіями демонстрували в 38 (84,4%) випадках, відносно адаптивних – у 3 (6,7%), адаптивних – у 4 (8,8%); серед емоційних – у 34 (75,6%), 7 (15,6%) та 4 (8,8%) відповідно; серед поведінкових – у 30 (66,7%), 8 (17,7%) та 7 (15,6%). Аналіз отриманих даних засвідчив, що у обстежених пацієнтів переважали неадаптивні моделі копінг-поведінки, в основному за емоційним та когнітивним типом.

Серед когнітивних мали місце такі неадаптивні копінг-стратегії, як «розгубленість» (46,7%), «смирненість» (20,0%) та «ігнорування» (17,8%); серед емоційних – «покірність» (22,2%), «самозвинувачення» (20,0%), «пригнічення емоцій» (26,7%), «агресивність» (6,7%); серед поведінкових – «активне уникнення» (26,7%) та «відступ» (40,0%). Адаптивні та відносно адаптивні стратегії подолання конфліктних ситуацій були менш характерними для даної когорти пацієнтів. При цьому когнітивні відносно

адаптивні моделі виявлялися у вигляді «відносності» (6,7%), адаптивні – «проблемного аналізу» (4,4%) та «збереження самовладання» (4,4%), емоційні відносно адаптивні – «пасивної кооперації» (15,6%), адаптивні – «протесту» (8,8%), поведінкові відносно адаптивні – «компенсації» (17,7%), адаптивні – «звернення» (15,6%).

Для тривожного варіанту депресивного синдрому характерним був емоційний тип неадаптивної копінг-стратегії – «самозвинувачення» (36,8%), когнітивний – «розгубленість» (57,9%) та поведінковий тип – «відступ» (42,1%).

При дисфоричному варіанті переважали когнітивна модель неадаптивної копінг-поведінки – «ігнорування» (42,8%), емоційна – «агресивність» (42,8%), «пригнічення емоцій» – 28,6%), поведінкова – «активне уникнення» (57,1%) та «компенсація» (42,8%).

Емоційні неадаптивні копінг-стратегії («пригнічення емоцій» – 45,5%, «покірність» – 54,5%) домінували при астеничному варіанті психогенної депресії в поєднанні із когнітивним типом неадаптивної копінг-поведінки у вигляді «смирненості» (45,5%) та поведінковим типом – «відступу» (63,6%).

При іпохондричному варіанті переважали когнітивний тип копінг-поведінки у вигляді «розгубленості» (50,0%) та «ігнорування» (37,5%), емоційний тип – «пригнічення емоцій» (50,0%), поведінковий тип – «активного уникнення» (62,5%).

Висновки

Таким чином, аналіз клініко-психопатологічної структури психогенних депресивних розладів показав, що в залежності від домінуючого провідного афективного компоненту визначаються різні клінічні варіанти психопатологічної симптоматики, що суттєвим чином впливає на структуру копінг-стратегій подолання конфліктних ситуацій за когнітивним, емоційним та поведінковим типом. Вищенаведені дані слід враховувати при розробці патогенетично обґрунтованої комплексної системи терапії психогенних депресій, що включає поєднане застосування медикаментозних засобів і психотерапевтичної корекції.

Перспективи подальших досліджень

Наведені дані дають можливість виділити пріоритетні напрямки проведення комплексного диференційованого підходу до діагностики психогенних депресій та оптимізації лікувально-профілактичних заходів з урахуванням типу копінг-поведінки.

Література

1. Антохин Е. Ю. Гендерные аспекты психогенных депрессий: особенности клиники, подходы к терапии / Е. Ю. Антохин // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – № 2. – С. 52-60.
2. Карсон Р. Анормальная психология / Р. Карсон, Дж. Н. Батчер, С. Минека [пер. с англ. И. Малкова, А. Смирнова]. – 11-е изд. – СПб.: Питер, 2004. – 1167 с.
3. Карагодіна О. Г. Соціальна значущість депресивних розладів (аналітичний огляд літератури) / О. Г. Карагодіна // Вестник ассоциации психиатров Украины. – 2013. – № 3. – С. 5-9.
4. Кирилюк С. С. Депресивний розлад: статика та динаміка внутрішньої картини депресивного страждання (літературний огляд) / С. С. Кирилюк // Ліки України Плюс. – 2015. – № 4 (25). – С. 37-39.
5. Кожина А. М. Психогенные депрессии и суицидальное поведение у лиц молодого возраста / А. М. Кожина, В. И. Коростий, Е.А. Зеленская, С. Хмаин // Медична психологія. – 2013. – № 4. – С. 42-45.
6. Краснов В. Н. Закономерности динамики депрессий: клинические, патогенетические и терапевтические аспекты. Депрессии и коморбидные расстройства / В. Н. Краснов. – М.: ЭКСМО, 1997. – С. 80-98.
7. Крукевич О. О. Депресія з позиції та спостережень практичного лікаря / О. О. Крукевич. – Т.: ТДМУ «Укрмедкнига», 2013. – 100 с.

8. Маляров С. А. Пациент с депрессией и симптомами тревоги: вопросы дифференциальной диагностики и терапии / С. А. Маляров // *НейроNews*. – 2010. – № 2. – С. 35-42.
9. Марута Н. А. Невротические депрессии (клиника, патогенез и лечение): Монография / Н. А. Марута, В. В. Мороз. – Х.: Арсис, 2002. – 144 с.
10. Михайлов Б. В. Посібник по використанню Міжнародної статистичної класифікації хвороб 10 перегляду / Б. В. Михайлов, П. В. Волошин, В. Д. Деменко. – Харків, 2000. – 186 с.
11. Михайлов Б. В. Проблеми депресивних розладів. Гіпотеза виникнення / Б. В. Михайлов // *Український вісник психоневрології*. – 2012. – Т. 20. – Вип. 4 (73). – С. 53-55.
12. Ротштейн В. Г. Эпидемиология депрессий / В. Г. Ротштейн, М. Н. Богдан, С. А. Долгов // В кн.: Депрессия и коморбидные расстройства. Под ред. А. Б. Смулевича. – М.: Медицина, 1997. – С. 138-164.
13. Савицький О. П. Чинники, що сприяють депресії у населення України, та методи її профілактики / О. П. Савицький // *Медсестринство*. – 2013. – № 4. – С. 37-40.
14. Сарториус Н. Депрессия: всемирные аспекты проблемы / Н. Сарториус. – WPA Бюллетень по депрессии. – 2003. – Т. 6. – № 25. – С. 3-4.
15. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей / А. Б. Смулевич. – М.: МИА. – 2001. – 253 с.
16. Сонник Г. Т. Психіатрія і наркологія: підручник / Г. Т. Сонник, О. К. Напреев, А. М. Скрипніков [та ін.]; за ред. проф. О. К. Напреева. – 2-е вид., переробл. і допов. – К.: ВСВ «Медицина», 2015. – С. 314-329.
17. Харитонов Н. К. Невротические формы психогенных депрессий / Н. К. Харитонов // *Актуальные вопросы психиатрии и наркологии*. – Запорожье, 1990. – С. 134-136.
18. Chong D. Time and the ontology of depression / D. Chong, G. Smith-Chong // *Book of abstract of XI World Congress on Psychiatry*. – Hamburg, 1999. – V. II. – P. 116.
19. Paykel E. S. Size and burden of depressive disorders in Europe / E. S. Paykel, T. Brugha, T. Fryes // *Eur. Neuropsychopharm.* 2005. – Vol. 15. – P. 411-423.
20. Prince M. No health without mental health / M. Prince, V. Patel, S. Saxena [et al.] // *Lancet*. – 2007. – 370. – P. 859-877.
21. Weissman M. M. Depressed adolescents grown up / M. M. Weissman, S. Wolk, R. B. Goldstein [et al.] // *Journal of American Medical Association*. – 1999. – Vol. 281. – № 18. – P. 1707-1713.

УДК: 616.89-008.454

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОГЕННО ОБУМОВЛЕНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ

Животовська Л. В., Сонник Г. Т., Шиндер В. В., Боднар Л. А.

Резюме. Проведено комплексне обстеження 45 пацієнтів з психогенними депресивними розладами. В результаті проведеного дослідження в залежності від характеристики психопатологічних симптомів та ступеню їх вираженості виокремлено наступні варіанти депресивного синдрому: тривожний, дисфоричний, астеничний, іпохондричний. Визначено типи копінг-стратегій подолання конфліктних ситуацій в залежності від провідного афективного симптомокомплексу.

Ключові слова: психогенні депресивні розлади, психопатологічна характеристика, копінг-стратегії.

УДК: 616.89-008.454

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОГЕННО ОБУСЛОВЛЕННЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Животовская Л. В., Сонник Г. Т., Шиндер В. В., Боднар Л. А.

Резюме. Проведено комплексное обследование 45 пациентов с психогенными депрессивными расстройствами. В результате проведенного исследования в зависимости от характеристики психопатологических симптомов и степени их выраженности выделены следующие варианты депрессивного синдрома: тревожный, дисфорический, астенический, ипохондрический. Определены типы копинг-стратегий преодоления конфликтных ситуаций в зависимости от ведущего аффективного симптомокомплекса.

Ключевые слова: психогенные депрессивные расстройства, психопатологическая характеристика, копинг-стратегии.

UDC: 616.89 – 008.454

CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL ASPECTS OF PSYCHOGENICALLY MEDIATED DEPRESSIVE DISORDERS

Zhyvotovska L. V., Sonnyk G. T., Shnyder V. V., Bodnar L. A.

Abstract. The increasing urgency of the depressive disorders problem is caused by their prevalence, significant influence on the life quality and social activity of a person.

The aim of research was to study clinical and psychopathological features of patients with psychogenic depressive disorders.

A complete physical examination of 45 patients (35 women, 10 men) aged from 23 to 44 years was performed. According to ICD-10, the adjustment disorder (F43.2) was diagnosed in all the patients. The disease duration at the time of the examination ranged from 1 to 6 months. To define the state of the patients, clinical and psychopathological, clinical and anamnestic, psychometric, and statistical methods were used.

The clinical picture of the patients indicated depression, loss of interest in former activities, reduction of enthusiasm and initiative that affected their self-perception, work decrement and cognitive activity level. The sleep dis-

orders were stated in 38 (84.4%) of examined patients, loss of appetite in 31 (68,9%), different degrees of somatic symptom disorders in 37 (82,2%). On the basis of clinical and psychopathological data examinations, the following types of psychogenic depressions of neurotic level were defined: anxious in 19 (42,2%) persons, dysphoric in 7 (15,6%), asthenic in 11 (24.4%), and hypochondriac in 8 (17.8%) persons.

Anxious type of psychogenic depression was characterized by feeling of anxiety based on depressed mood, tension and inability to relax, feeling of threat associated with the presence of altered somatic sensations, autonomic paroxysms. There were high (>46 points) and moderate (31-45 points) levels of reactive and personal anxiety according to Spielberger – Hanin scale, severe (>28 points) and moderate (17-27 points) depression level according to HDRS scale, the clinical manifestations of anxiety and depression according to Hamilton scale (>11points). The clinical picture of dysphoric type of psychogenic depression was characterized by depression, sadness, anxiety, severe irritability, dreariness, anger. Predominantly moderate (31-45 points) and low (<30 points) levels of anxiety according to Spielberger – Hanin scale, moderate and severe depressive episode according to Hamilton scale, clinical (>11points) or subclinical (8-10 points) anxiety and depression manifestations according to HADS scale were stated. Asthenic type of depression tended to lingering course. On the background of clinical symptoms of depressive spectrum, asthenic manifestations in the form of physical weakness, emotional instability, fatigue, attention diminution, tearfulness were observed. Low anxiety according to Spielberger – Hanin scale, moderate (17-27 points) or easy (7-16 points) depressive episode according to HDRS scale, subclinical manifestations of anxiety and depression according to HADS scale were mainly noted. The clinical picture of hypochondriac type of psychogenic depression was characterized by the dominance of motiveless anxiety pertaining health on the background of depressed mood in combination with intolerance to emotional pain, fixation on discomfort. Predominantly moderate and low anxiety levels according to Spielberger – Hanin scale, easy depressive episode according to Hamilton scale, subclinical manifestations of anxiety and depression according to HADS scale were noted.

In the process of individual coping strategies diagnostics that aimed to solve conflict situations using technique of coping mechanisms diagnostics (Heim E., 1995) it was found, that among cognitive strategies, the choice of non-adaptive models in patients with psychogenic depression was demonstrated in 38 (84,4%) cases, relatively adaptive in 3 (6,7%), adaptive in 4(8,8%) cases; among emotional – in 34 (75,6%), 7 (15,6%) and 4 (8,8%) correspondingly; among behavioral – in 30 (66,7%), 8 (17,7%) and 7 (15.6%) cases. The analysis of the data showed that the non-adaptive models of the coping behavior were dominated among the examined patients, mostly of the emotional and cognitive type.

Thus, the analysis of clinical and psychopathological structure of psychogenic depressive disorders stated that depending on the dominant leading affective component, different clinical variants of psychopathological symptoms can be defined, that significantly influences the coping strategies structure of solving conflict situations in cognitive, emotional and behavioral types.

Keywords: psychogenic depressive disorders, psychopathological characteristics, coping strategies.

Рецензент – проф. Скрипніков А. М.

Стаття надійшла 04.02.2016 року