

Психодіагностика у диференційній діагностиці депресивних розладів підліткового та молодого віку

Богдан Пуховський

аспірант кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Галина Пилягіна

проф., д.мед.н., завідувачка кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології, Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Однією з найважливіших проблем сучасної клінічної психіатрії є депресивні розлади (ДР) підліткового та молодого віку, які найчастіше мають коморбідне поєднання, насамперед, з проявами саморуйнівної поведінки (СрПв). Саме тому, питання якісної і своєчасної діагностики та ефективного лікування цих психопатологічних порушень постійно перебувають у фокусі наукових досліджень і потребують додаткового вивчення.

Мета: вивчити особливості ДР в підлітковому та молодому віці та їх коморбідність з іншими психопатологічними порушеннями у відповідності до статі, а також визначити ефективність застосування психодіагностичних методів у діагностиці та лікуванні цих порушень.

Матеріали і методи: досліджено 64 амбулаторних пацієнта у віці 15 – 19 років: 14 юнаків (21,9%, середній вік – $17,2 \pm 1,5$) та 50 дівчат (78,1%, середній вік – $16,6 \pm 2,1$) з ДР, згідно критеріям Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду. Всім учасникам було проведено психодіагностичне дослідження за допомогою опитувальника депресії А. Бека (BDI), проективної методики Е. Вартегга (WZT), та опитувальника «Смисло-життєві орієнтації» (СЖО)

Результати: За результатами дослідження в обстежених було діагностовано різні варіанти ДР з синдромальною коморбідністю. Серед всіх випадків найбільшу кількість склали пацієнти з істеро-депресивний синдромом. Достовірне домінування цієї симптоматики та депресивно-деперсоналізаційного/дереалізаційного симптомокомплексу було виявлено у дівчат, тоді як юнакам більш притаманним було формування депресивно-обсесивного та тривожно депресивного синдромів. В усіх обстежених були виявлені певні маніфестні прояви СрПв, а саме, суїцидальні тенденції, суїцидальні думки та суїцидальні фантазії. Суїцидальні думки, а також несуйцидальні самопорізи та екскоріації (у сукупності) як прояв зовнішніх форм аутодеструктивної поведінки достовірно переважали у дівчат (відповідно $p=0,042$ та $p=0,017$).

За результатами психодіагностичного дослідження, згідно шкали BDI, тяжкий рівень депресії значно частіше зустрічався у дівчат у порівнянні з юнаками ($p=0,007$).

Інтерпретативний аналіз малюнків обстежених пацієнтів за WZT (змістовність зображення та особливості малювання з використанням шкали Р. Лайкерта як способу формалізації даних) дозволив визначити їх типи: примітивний, сюжетний, творчий. Було виявлено, що найчастіше в цілому зустрічався «примітивний» варіант малюнку зі статистично значущим його переважанням серед юнаків ($p=0,047$). «Творчі» малюнки з великим переважанням (у 4,89 рази частіше) спостерігалися в дівчат у порівнянні з

юнаками ($p=0,044$).

За результатами тесту СЖО 87,3% обстежених мали занижений загальний показник тесту щодо усередненої норми, відповідно до статі, а рівень самоусвідомлення та розуміння сенсів життя в середньому склала в юнаків 55,1%, а в дівчат – лише 29,7% від усереднених нормативів за окремими субшкалами тесту.

Висновки: Проведене дослідження довело важливість використання тестів BDI, WZT та СЖО у диференційній діагностиці ДР в підлітковому та юнацькому віці задля визначення тактики фармакотерапії та психотерапевтичної роботи з цими пацієнтами.

Вступ .

Депресія в підлітковому та молодому віці є одним з найрозповсюджених та тяжких психічних розладів сьогодення. Найвищий рівень захворюваності на депресивні розлади (ДР) спостерігається серед людей віком 20 – 24 роки, другі за частотою – підлітки та молоді люди віком 15 – 19 років, а потім – 10 – 14 років [1]. Саме у періоді становлення дорослості та пошуку власної особистісної ідентичності значну негативну роль в цьому процесі відіграють проблеми з психічним здоров'ям [2]. Підлітки особливо вразливі до розвитку афективних розладів та проблем зі сном [3]. Сталими також, на жаль, є дані про зростання рівня саморуйнівної поведінки (СрПв) серед підлітків та молоді. Ще на початку пандемії COVID-19 у всьому світі з'явилося занепокоєння щодо поширених хвиль ДР та самогубств серед молоді [4].

Тому ефективна та своєчасна діагностика ДР серед молодших вікових груп, вивчення їх синдромально-нозологічних особливостей, а також коморбідності з іншими психопатологічними порушеннями є вкрай актуальною задачею сучасної психіатрії.

Мета вивчити клінічні особливості ДР в підлітковому та молодому віці та їх коморбідність з іншими психопатологічними порушеннями у відповідності до статі, а також визначити ефективність застосування психодіагностичних методів у діагностиці та лікуванні цих порушень.

Матеріали та методи дослідження.

На базі кафедри психіатрії психотерапії та медичної психології Національного медичного університету імені П. Л. Шупика у 2023-24 рр. нами було проведено дослідження 64 амбулаторних пацієнтів у віці 15 – 19 років: 14 юнаків (21,9%, середній вік – $17,2 \pm 1,5$) та 50 дівчат (78,1%, середній вік – $16,6 \pm 2,1$). Дослідження проводили з дотриманням етики, захисту прав, добробуту та конфіденційності учасників відповідно до рекомендацій комісії з біоетики НУОЗ України ім. П. Л. Шупика

Критеріями включення в дослідження були: а) симптоми ДР, відповідно до Міжнародної класифікації хвороб для статистики смертності та захворюваності 10-го перегляду [5]; б) легкий, помірний чи важкий рівень депресії за шкалою депресії А. Бека (BDI, відсікання < 14 балів) [6,7].

В дослідження не були включені пацієнти, які мали в минулому або на час клінічної оцінки стану психотичні епізоди, органічні розлади головного будь-якого генезу, вживання психоактивних речовин протягом останніх 3 місяців.

Всім учасникам проводилося напівструктуроване клінічне інтерв'ю задля визначення особливостей нозологічної приналежності ДР, їх синдромальної структури та проявів СрПв.

У психодіагностичній частині дослідження було використано: опитувальник депресії А. Бека (BDI), графічний тест Е. Вартегга (Wartegg-Zeichentest, WZT) [8], тест «Мета в житті» Дж. Крамбо та Л. Махоліка (Purpose-in-Life Test) в адаптації Д. О. Леонтьєва - тест «Смисложиттєві орієнтації» (СЖО) [9,10]. Статистичний аналіз отриманих даних проводився за допомогою програми IBM SPSS Statistics з використанням χ^2 -квадрат тесту.

Результати та обговорення .

Результати розподілу обстежених пацієнтів за нозологією та провідним клінічним синдромом представлені в табл. 1 та 2.

Таблиця 1. Розподіл обстежених хворих за нозологічним варіантом ДР, відповідно до статі, абс. (%)

| Варіант ДР | Всього, n=64 | Юнаки, n=14 | Дівчата, n=50 | χ^2 -test, p |
|---------------------------------------|--------------|-------------|--------------------|-------------------|
| Депресивний розлад поведінки (F 92.0) | 25 (39,1) | 2 (14,3) | 23 (46,0) | 0,031574* |
| Дистимія (F 34.1) | 25 (39,1) | 8 (57,1) | 17 (34,0) | 0,116706 |
| Великий депресивний епізод (F 32.1-2) | 12 (18,8) | 3 (21,4) | 9 (18,0) | 0,771427 |
| Розлад адаптації (F 43.2) | 2 (3,1) | 1 (7,1) | 1 (2,0) | 0,328304 |

* $p < 0,05$

Було виявлено, що депресивний розлад поведінки (ДРП) був основним діагнозом, який виставлявся пацієнтам у віці 15 - 17 років. І тільки серед цих пацієнтів було зафіксовано статистично значуще переважання ДРП в дівчат. Інші нозологічні варіанти фіксувалися у хворих 18 - 19 років без значного переважання відповідно до статі. Але важливим результатом дослідження став висновок щодо наявної тенденції формування хронічних форм ДР в цій віковій групі, які були діагностовані в 96,9% випадків (62 особи серед усіх пацієнтів). І лише у 2 пацієнтів було виявлено розлад адаптації як гострий первинний варіант ДР.

Нами було виявлено достовірне переважання ДРП серед дівчат підліткового віку, що з урахуванням інших даних дослідження, свідчило про їх суттєву вразливість до тривалого та/або повторного стресового впливу, основним чинником якого були тривалі проблемні стосунки з найближчим оточенням, насамперед, батьками, а також друзями. 50 осіб серед всіх пацієнтів (78,1% випадків: 39 дівчат - 78,0% з опитаних, 8 юнаків - 57,1%) постійні конфліктні відносини в родині (з батьками та сіблінгами) як один з основних приводів формування ДР. Більшість з пацієнтів - 42 з опитаних (65,7% випадків) засвідчили, що родинні взаємини почали погіршуватися ще в період лок-дауну на тлі пандемії COVID-19 (2020 - 2021 рр.) з посиленням конфліктів, непорозуміння, взаємних образ тощо з початком війни. Особливо про такий негативний вплив девіантних дитячо-батьківських відносин на формування ДР при проведенні клінічного інтерв'ю свідчили дівчата, які перенесли окупацію (13 опитаних пацієнток - 24,1% випадків), а також важкі випробування під час евакуації, яка викликала значне погіршення побутових умов та родинних взаємовідносин переважно з мамами (22 особи - 40,7% опитаних дівчат).

Також важливий патогенний вплив щодо розвитку різних варіантів ДР мали відчуття самотності (92,2% - 59 осіб серед всіх пацієнтів) особливо на тлі відсутності друзів або сварок з ними, а також булінг в школі (39,1% - 25 осіб серед всіх пацієнтів) і страх смерті внаслідок бомбардування чи проблем, пов'язаних з блек-аутами, як прямих наслідків стресу війни, що було зафіксовано в 16 осіб (25,0% випадків серед всіх пацієнтів, які були оглянуті в 2022 та

взимку 2023 рр.).

У переважній кількості обстежених пацієнтів було виявлено синдромальну коморбідність, що стало важливим результатом дослідження. Так в 56 випадках (87,5%) було зафіксовано декілька синдромально комбінованих варіантів ДР, що суттєво обтяжувало їх перебіг (див. табл. 2).

Також в ході дослідження було виявлено значні відмінності синдромальної представленості серед юнаків та дівчат щодо провідної клінічної картини ДР. В цілому серед обстежених пацієнтів переважала істеро-депресивна симптоматика (65,6% випадків), яка також достовірно домінувала у дівчат (74,0% випадків, більш ніж вдвічі частіше, ніж у юнаків) часто з проявами синдрому множинної особистості або обтяжена проявами синдрому деперсоналізації-дереалізації (58,0% випадків, що в 2,71 рази частіше ніж у юнаків, $p=0,014$).

Таблиця 2. Розподіл обстежених хворих за провідним клінічним синдромом, відповідно до статі, абс. (%)

| Синдроми | Всього, n=64 | Юнаки, n=14 | Дівчата, n=50 | χ^2 -test, p |
|---|--------------|--------------------|--------------------|-------------------|
| Істеро-депресивний | 42 (65,6) | 5 (35,7) | 37 (74,0) | 0,007679* |
| Депресивно-деперсоналізаційний /дереалізаційний | 32 (50) | 3 (21,4) | 29 (58,0) | 0,015564* |
| Депресивно-дисфоричний | 30 (46,9) | 4 (28,6) | 26 (52,0) | 0,120497 |
| Депресивно-обсесивний | 21 (32,8) | 12 (85,7) | 9 (18,0) | 0,000002* |
| Тривожно-депресивний | 20 (31,3) | 8 (57,1) | 12 (24,0) | 0,018042* |
| Депресивно-іпохондричний | 18 (28,1) | 3 (21,4) | 15 (30,0) | 0,528375 |
| Депресивний | 8 (12,5) | 6 (42,9) | 2 (4,0) | 0,000102* |

* $p < 0,05$

Треба зазначити, що не дивлячись на відсутність статистичної достовірності серед дівчат майже вдвічі частіше зустрічалися інші варіанти депресивної симптоматики у поєднанні з конверсійною (соматоформною) симптоматикою (депресивно-іпохондричний синдром) та проявами дисфорії.

Тоді як серед юнаків було зафіксовано значне переважання депресивно-обсесивного, тривожно-депресивного і, власне, депресивного синдромів. Так, депресивно-обсесивний синдром в 4,8 рази частіше зустрічався серед юнаків в порівнянні з дівчатами, ($p=0,000$). Також серед юнаків було отримано статистично значущі результати переважання тривожно-депресивного симптомокомплексу (в 2,4 рази частіше, $p=0,018$), а депресивного синдрому – в 10,5 разів частіше ($p=0,000$), але при його найменшій кількості серед всіх виявлених синдромів (12,5% випадків серед всіх обстежених пацієнтів).

Неочікуваним, але важливим результатом проведеного дослідження було виявлення у всіх обстежених пацієнтів проявів СрПв, хоча це і не було прямим фокусом діагностичного вивчення проявів ДР у дослідженні. Ці дані наведені в табл. 3.

Таблиця 3 Розподіл обстежених хворих за проявами СрПв, відповідно до статі, абс. (%)

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

| Прояви СрПв | Всього, n=64 | Юнаки, n=14 | Дівчата, n=50 | χ^2 -test, p |
|---------------------------------|--------------|-------------|--------------------|-------------------|
| Суїцидальні думки | 42 (65,6) | 6 (42,9) | 36 (72,0) | 0,04243* |
| Несуїцидальні самопорізи | 40 (62,5) | 5 (35,7) | 35 (70,0) | 0,01917* |
| Стійкі суїцидальні тенденції | 13 (20,3) | 5 (35,7) | 8 (16,0) | 0,105113 |
| Суїцидальні фантазії | 13 (20,3) | 3 (21,4) | 10 (20,0) | 0,906518 |
| Суїцидальна спроба | 12 (18,8) | 2 (14,3) | 10 (20,0) | 0,628257 |
| Неодноразові суїцидальні спроби | 7 (10,9) | 2 (14,3) | 5 (10,0) | 0,649739 |
| Екскоріації | 3 (4,7) | - | 3 (6,0) | 0,347843 |

* $p < 0,05$

Важливим фактом дослідження стало те, що внутрішні форми СрПв, такі як стійкі суїцидальні тенденції, суїцидальні думки та суїцидальні фантазії, були зафіксовані в усіх пацієнтів. Найчастіше серед всіх обстежених пацієнтів спостерігалися саме суїцидальні думки із достовірним переважанням у дівчат (в 1,71 рази частіше ніж у юнаків, $p=0,042$). Але за сукупністю випадків ще частіше (67,2% в цілому серед обстежених пацієнтів) виявлялися несуйцидальні самопорізи та екскоріації як прояв зовнішніх форм аутодеструктивної поведінки. Серед дівчат несуйцидальні самопорізи зустрічалися в 1,96 рази частіше ніж у юнаків ($p=0,017$), серед яких не було зафіксовано жодного випадка аутодеструктивного роздирання шкіри. Тоді як стійкі суїцидальні тенденції переважали у хлопців, хоча і без статистичної достовірності (в 2,23 рази, $p=0,105$). Це в поєднанні з наявністю гострої тривожно-депресивної та депресивно-обсесивної симптоматики, здебільшого домінувавшої у хлопців, свідчило про тяжкий перебіг ДР в них з високим ризиком реалізації первинних чи повторних суїцидальних спроб.

У проведеному психодіагностичному дослідженні за результатами, згідно шкали BDI (див. табл. 4), було виявлено, що більшість обстежених пацієнтів (71,9% випадків в цілому) мали тяжкий перебігу депресії. Отримано статистично підтвержені результати переважання (в 1,98 рази) тяжкого рівня депресії в дівчат у порівнянні з юнаками ($p=0,007$): середні значення в $39,8 \pm 5,83$ і $37,2 \pm 4,2$ відповідно. Тоді як в цілому в юнаків випадки з помірним та легким рівнем депресії за BDI зустрічалися більш, ніж в половині осіб (57,1%, в 2,9 рази частіше, ніж у дівчат). Ці дані засвідчили, що перебіг ДР у дівчат в підлітковому віці мав суттєво більш важкий перебіг. Але треба відзначити попередній характер цих результатів, тому що у наборі пацієнтів до дослідження за самозверненням було набагато менше юнаків.

Таблиця 4. Розподіл обстежених хворих за рівнем тяжкості ДР, згідно шкали BDI, відповідно до статі, абс. (%)

| Рівень важкості депресії (бали за BDI) | Всього, n=64 | Юнаки, n=14 | Дівчата, n=50 | χ^2 -test, p |
|--|--------------|-------------|--------------------|-------------------|
| Тяжка депресія (≥ 29) | 46 (71,9) | 6 (42,9) | 40 (80,0) | 0,006293* |
| Помірна депресія (20 - 28) | 15 (23,4) | 6 (42,9) | 9 (18,0) | 0,052301 |
| Легка депресія (14 - 19) | 4 (4,7) | 2 (14,3) | 1 (2,0) | 0,054572 |

* $p < 0,05$

В ході психодіагностичного дослідження було проведено тестування за графічним тестом Е. Вартегга (WZT), стимульний матеріал якого має 8 рівномірних квадратів (пацієнтам в дослідженні він надавалася у роздрукованому вигляді на папері формату А5) – в кожному з них є початковий елемент зображення, яке потрібно продовжити, аби утворився цілісний малюнок. За суттю WZT: 1-й квадрат відображає его-концепцію людини, базовий світогляд «Я»; 2-й – соціальні аспекти особистості; 3-й – мотиваційну основу особистісної активності, плани на майбутнє; 4-й – наявні негативні емоції (як особистісні характеристики чи ситуативно сформовані прояви: почуття страху, провини, сорому); 5-й – спосіб подолання перешкод, характеристики вольової активності; 6-й – характер та націленість у взаємозв'язках з близьким оточенням; 7-й – емоційну чутливість, схильність до інтуїції; 8-й – внутрішнє відчуття захищеності.

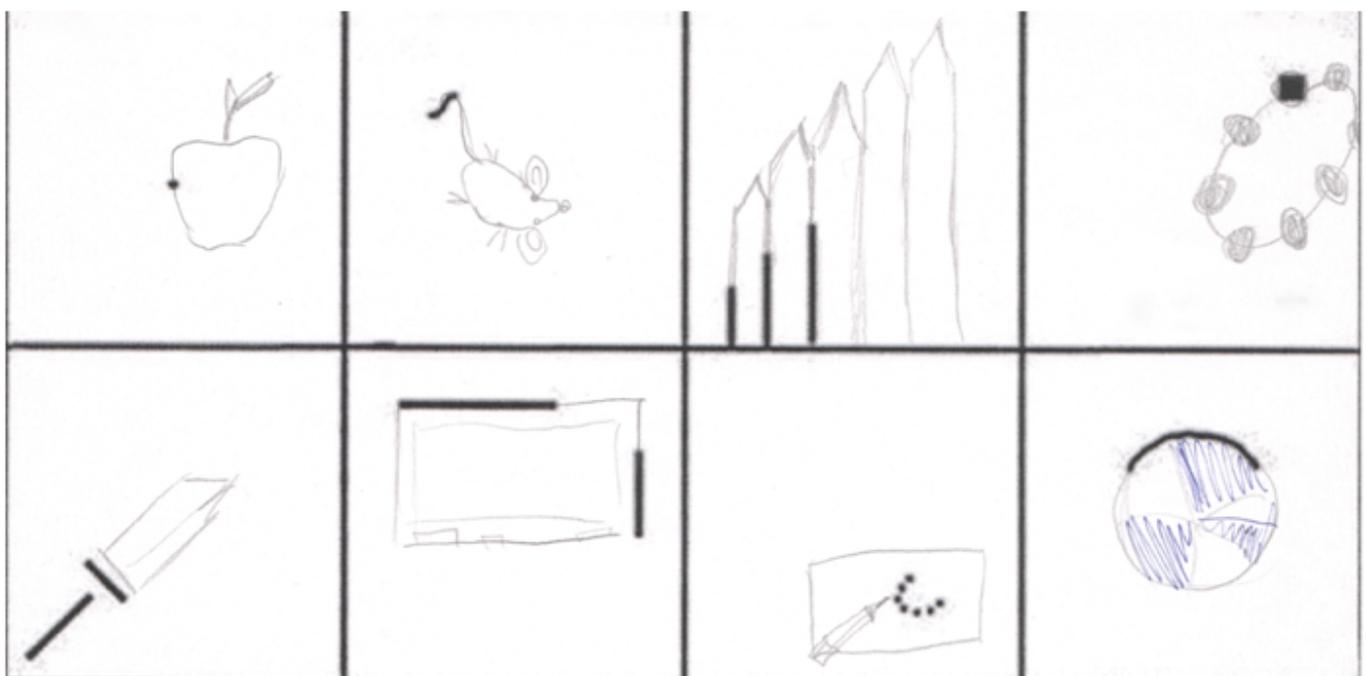
Для подальшої інтерпретації малюнків за WZT, нами було використано шкалу Р. Лайкерта, як спосіб формалізації отриманих даних [11]. Відповідно до цього кожен квадрат WZT визначався за змістовним типом зображення та особливостями малювання. А саме:

0 балів присвоювалися малюнку з характеристиками «примітивності» за наступними критеріями: простий, збіднений змістовний характер зображення у квадрат-малюнках, який не включав прив'язку до певних послідовних дій в контексті малюнку, з слабким натиском при малюванні;

1 бал – при наявності «сюжетності», коли малюнок мав певний зміст зображення з відокремлюванням серед інших квадрат-малюнків та/або прив'язку до певної дії чи сюжету і був виконаний з середнім натиском при малюванні;

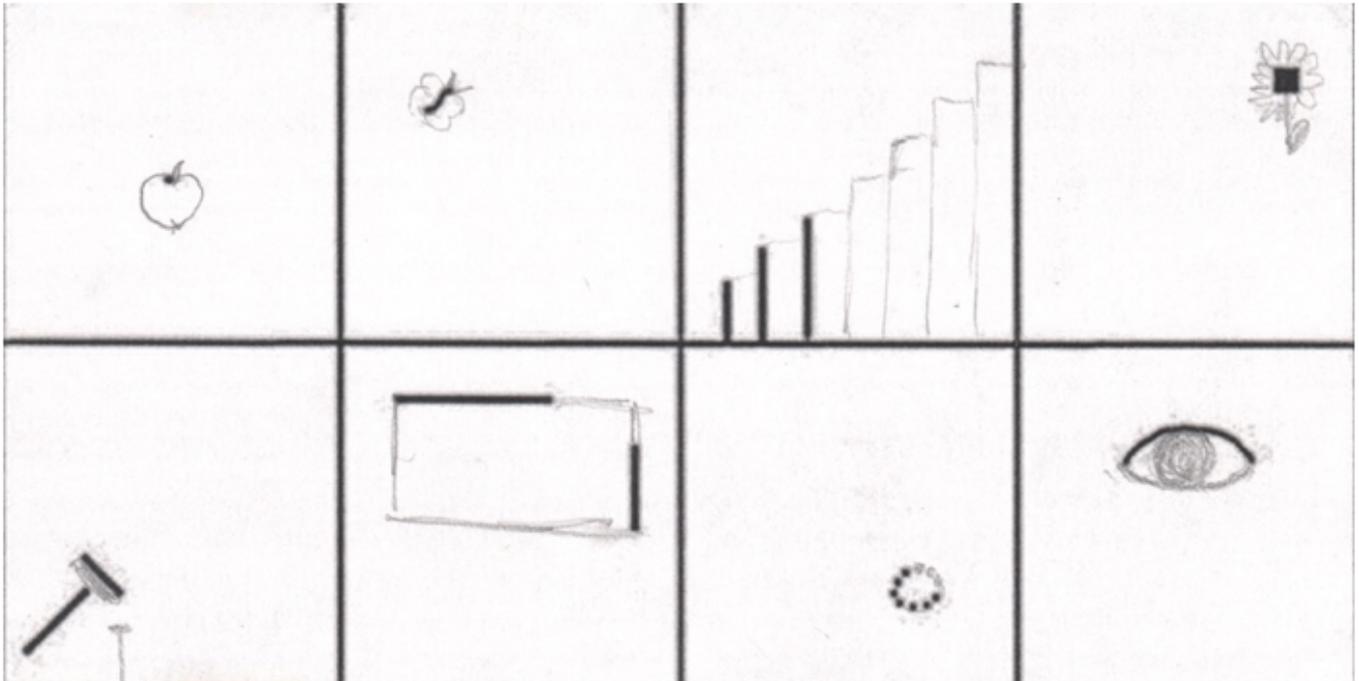
2 бали – при наявності «творчості» у зображенні, яке у квадрат-малюнках мало виразний характер, передаючи емоційність й певну творчість інтерпретації змісту та/або контекст мав прояви демонстративності у сюжеті або виходу за межі квадрату, а натиск при малюванні мав досить виражений характер натискання.

Нижче наведені приклади малюнків різного за змістовним типом зображення та особливостями малювання (примітивний, сюжетний, творчий).



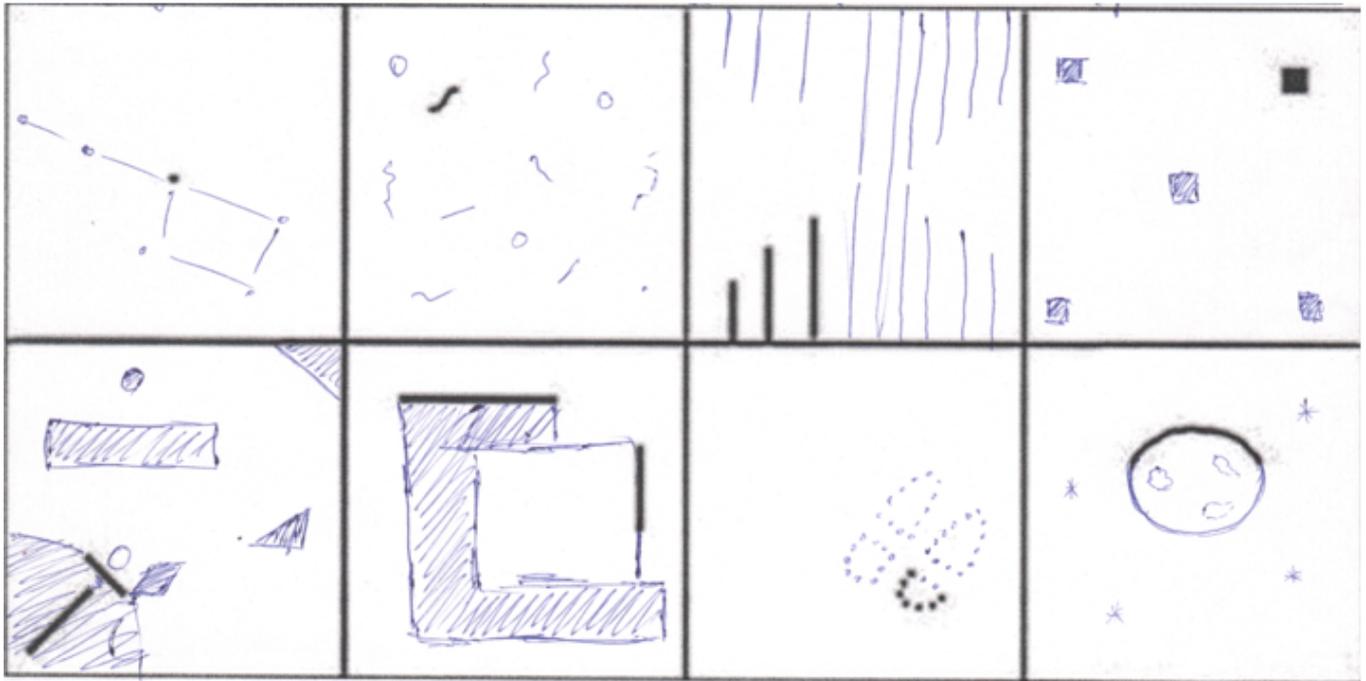
Малюнок 1. Приклад малюнку «примітивного» характеру.

Пацієнтка Д., 15 років; ДРП, і стерио-депресивно-іпохондричний синдром, суїцидальна спроба, не суїцидальні екскоріації, суїцидальні думки; $BDI=36$ балів; $CЖО = 31$ балів. Назви до малюнку: 1. Яблуко; 2. Миша; 3. Паркан; 4. Браслет; 5. Меч; 6. Дошка; 7. Малюнок; 8. М'яч.



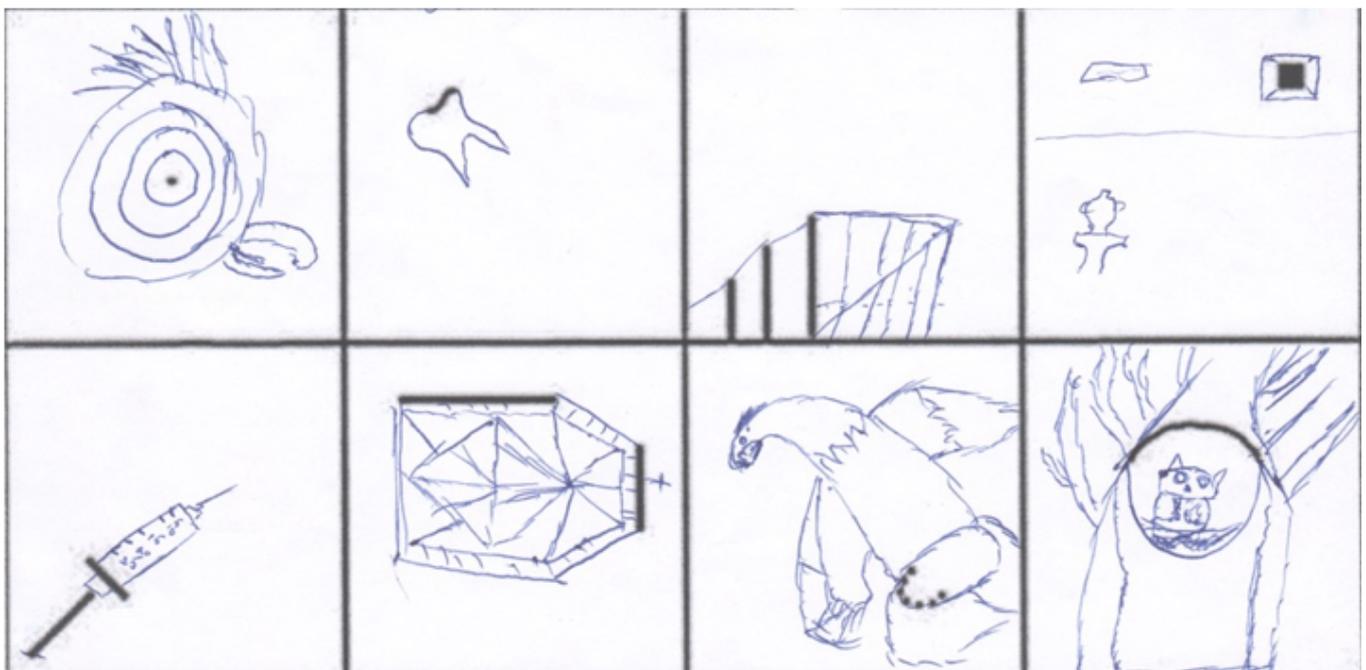
Малюнок 2. Приклад малюнку «примітивного» характеру.

Пацієнтка П., 15 років; ДРП, тривожно-депресивний синдром з дереалізаційно-деперсоналізаційними включеннями; суїцидальні думки; $BDI=50$ балів; $CЖО=23$ балів. Назви до малюнку: 1. Яблуко; 2. Метелик; 3. Сходи; 4. Квітка; 5. Молоток; 6. Прямокутник; 7. Браслет; 8. Око;



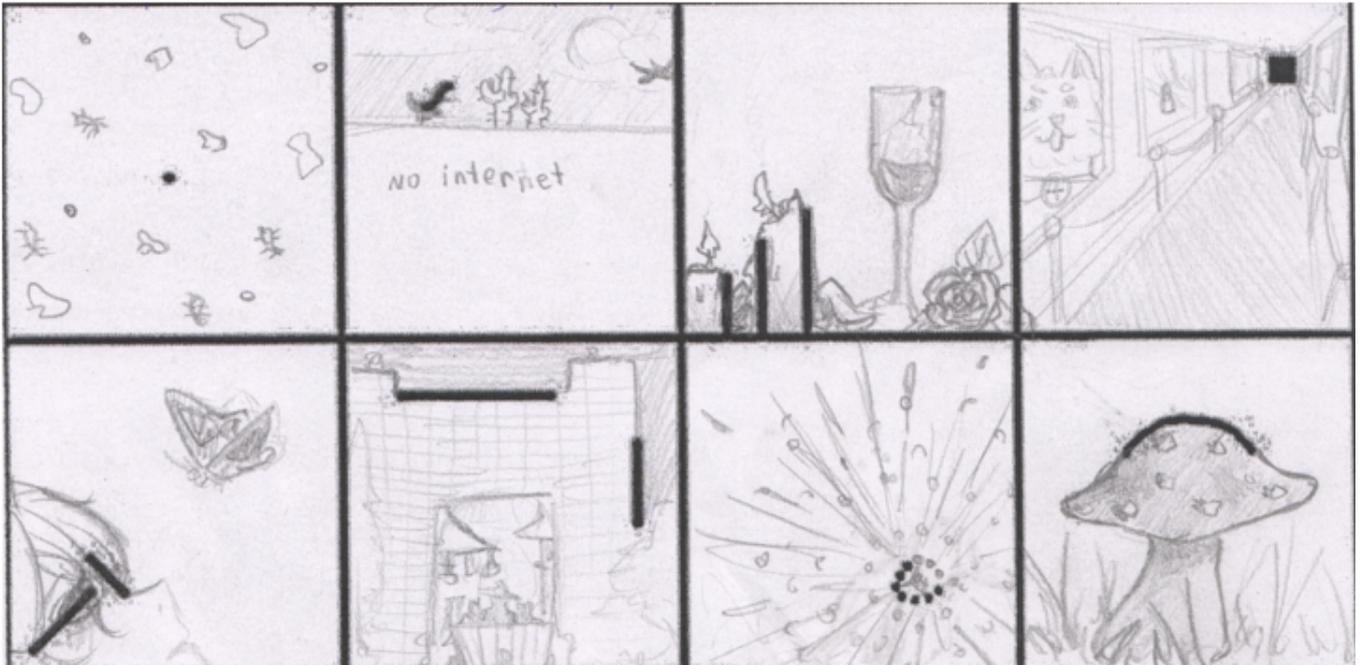
Малюнок 3. Приклад малюнку «примітивного» характеру.

Пацієнт В., 17 років; дистімія, депресивно-обсесивний синдром з дереалізаційно-деперсоналізаційними включеннями; несуйцидальні самопорізи, суїцидальні думки; BDI=42 балів; СЖО=49 балів. Назви до малюнку: 1. Сузір'я; 2. Набір символів; 3. Повтор; 4. Гральний кубик; 5. Гра; 6. Недороблене вікно; 7. Сліди ніг; 8. Місяць.



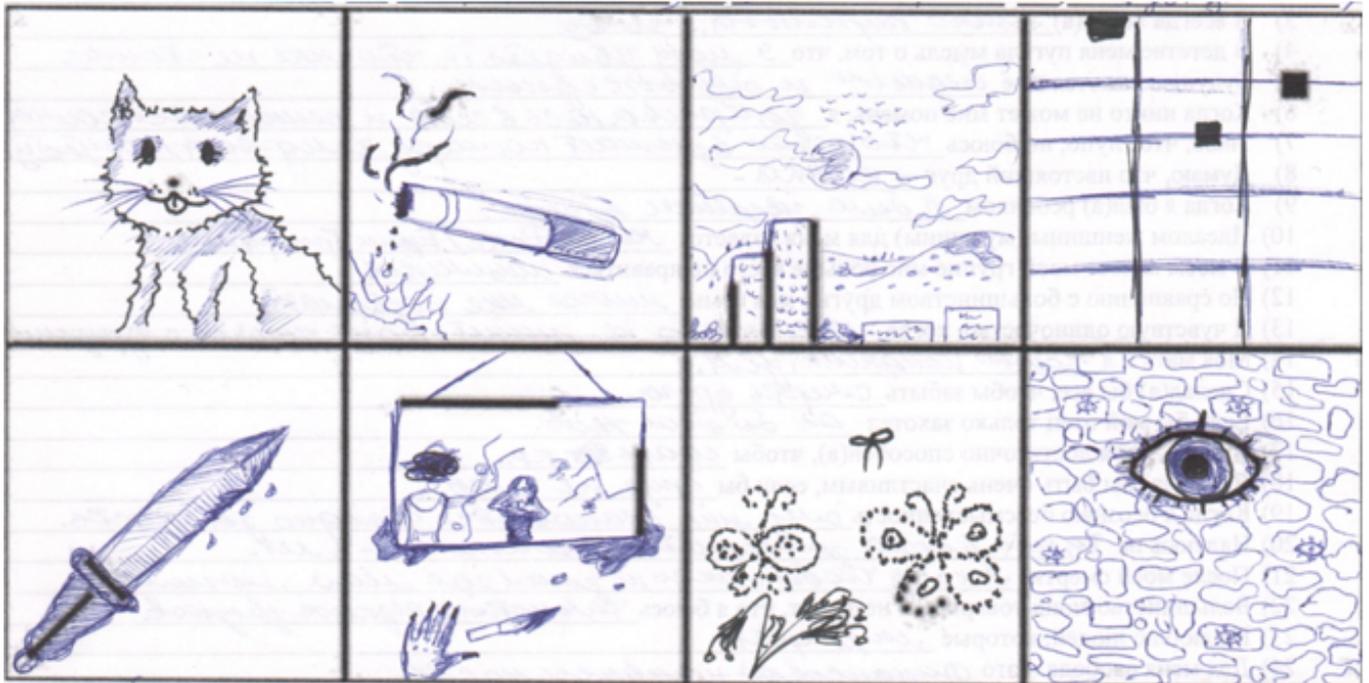
Малюнок 4. Приклад малюнку «сюжетного» характеру.

Пацієнт Ю., 17 років; дистимія, депресивно-обсесивний та депресивно-деперсоналізаційно/деперсоналізаційний синдром; неодноразові суїцидальні спроби, стійкі суїцидальні тенденції; BDI=20 балів; СЖО=96 балів. Назви до малюнку: 1. Папуга; 2. Зуб; 3. Коробка; 4. Картинна галерея; 5. Шприц; 6. Надгробна плита; 7. Птах, що випадає з гнізда; 8. Дерево з дуплом в якому живе сова.



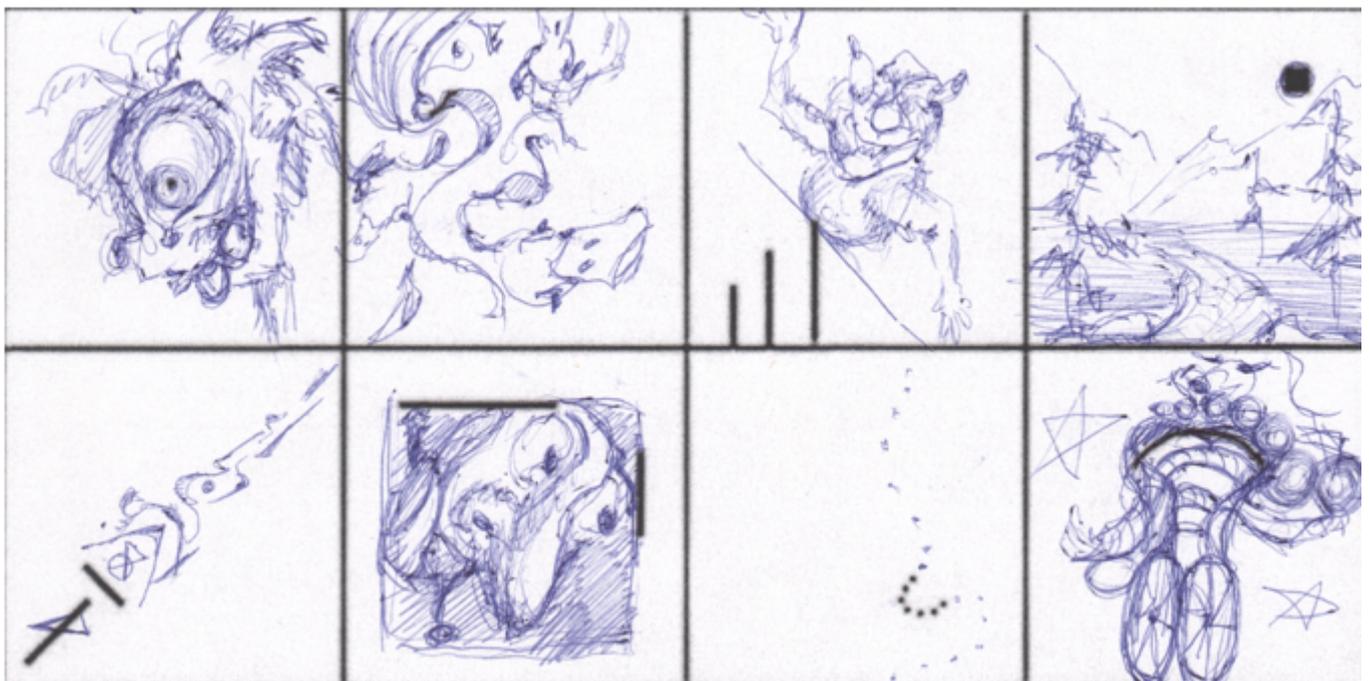
Малюнок 5. Приклад малюнку «творчого» характеру.

Пацієнтка Л., 15 років; ДРП, тривожно-депресивний синдром; суїцидальні тенденції; BDI=42 бали; СЖО=54 бали. Назви до малюнку: 1. Бактерії; 2. Динозавр google; 3. Свічки; 4. Картинна галерея; 5. Спостереження за метеликом; 6. Фортеця; 7. Салют; 8. Гриб.



Малюнок 6. Приклад малюнку «творчого» характеру.

Пацієнтка С., 16 років : д-з: ДРП, істеро-дисфорично-депресивний синдром, несуйцидальні самопорізи та суїцидальні фантазії; BDI = 37 балів ; СЖО = 59 балів .
 Назви до квадратів малюнку: 1. Кіт; 2. Цигарка-причина пожежі; 3. Захід на узбіччі; 4. Акорд для гітари; 5. Перемога; 6. Помста; 7. Метелики та бантик; 8. Стіни бачать більше.



Малюнок 7. Приклад малюнку «творчого» характеру.

Пацієнтка А., 18 років ; дистимія , і стеро-дисфорично-депресивний синдром з іпохондричними включеннями , н есуїцидальні самопорізи, суїцидальні думки; BDI = 30 б алів ; СЖО = 41 б алів . Назви до квадратів малюнку: 1. Хижак; 2. Перелітні птахи; 3. Акробат; 4. Пейзаж; 5. Меч; 6. Коробка з подарунком; 7. Сліди одного; 8. Маячня на колесах.

У табл. 5 наведено дані аналізу розподілу обстежених пацієнтів за змістовним типом зображення та особливостями малювання.

Таблиця 5. Розподіл обстежених пацієнтів, згідно WZT та за типом малюнку, відповідно до статі, абс. (%).

| Типи | Всього, n=64 | Юнаки, n=14 | Дівчата, n=50 | χ^2 -test, p |
|------------|--------------|-------------|---------------|-------------------|
| Примітивні | 26 (41,3) | 9 (64,3) | 17 (34,7) | 0,0473* |
| Сюжетні | 20 (31,7) | 4 (28,6) | 16 (32,7) | 0,7723 |
| Творчі | 18 (28,6) | 1 (7,1) | 17 (34,7) | 0,0442* |

* $p < 0.05$

Так, було виявлено, що в цілому серед обстежених пацієнтів найчастіше (41,3 % випадків) зустрічався «примітивний» варіант малюнку зі статистично значущим їх майже з подвійним переважанням серед юнаків (в 1,85 рази частіше, ніж в дівчат, $p=0,047$). Тим не менш, саме у дівчат «примітивний» варіантом малюнків спостерігався при тяжкому перебігу ДР, згідно шкали BDI (у середньому $27,57 \pm 7,65$ та $35,29 \pm 7,78$ балів відповідно в юнаків та дівчат, $p=0,043$).

Розподіл між іншими варіантами малюнків в цілому серед обстежених склав по третині випадків. Але «творчі» малюнки статистично значно частіше виявлялися в дівчат у порівнянні з юнаками і з великим переважанням (у 4,89 разів, $p=0,044$), що вказувало на збереження творчих здібностей в них, навіть при тяжкому варіанті проявів ДР. Власне творчий потенціал кожної з них розглядався, як базова особистісна ресурсна зона в подальшій психотерапевтичній роботі.

Проведене тестування за опитувальником СЖО, насамперед, виявило значний брак внутрішньоособистісного відчуття усвідомленого (осмисленого) керування життям, як в цілому, так і за окремими субшкалами тесту. Так, 87,3% обстежених юнаків і дівчат (55 осіб) мали занижений загальний показник тесту СЖО відповідно до нижньої межі показників норми (≤ 87 балів, з урахуванням норм щодо статі): дві третини юнаків (9 осіб – 64,3% випадків) та майже всі дівчата (46 осіб – 93,9% випадків). Достовірно переважне зниження загальної цільоспрямованості у житті саме у дівчат ($p=0,003$) наявно впливало на важкість перебігу ДР, що підтверджувалося результатами за тестом BDI (див. табл. 4).

У табл. 6 наведено співвідношення середніх балів, отриманих при психодіагностичному дослідженні, до нормативу балів за кожною субшкалою опитувальника СЖО (з урахуванням норм щодо статі).

Отримані результати засвідчили, що співвідношення середніх балів у сукупності за субшкалами тесту склало в середньому в юнаків 55,1%, а в дівчат 29,7%. Тобто

результативність самоусвідомлення, розуміння й сприйняття сенсів життя в юнаків склала «половину», а в дівчат – лише «третину» від усереднених нормативів за окремими процесами смисложиттєвих орієнтації. Було виявлено, що юнакам найскладніше керувати процесом життя (50,2% від усередненої норми), а в дівчат труднощі викликали всі складові щодо субшкал тесту з найнижчими показниками за субшкалами «процес життя», «результат життя» та «локус контролю-Я» (від 20,1 до 23,1% від усередненої норми).

Таблиця 6 Розподіл обстежених хворих за балами середніми значеннями результату тесту СЖО, відповідно до статі, бали (Me±Sd).

| Загальний показник та субшкали СЖО | Юнаки, n=14 | Норма для чоловіків | Дівчата, n=50 | Норма для жінок |
|------------------------------------|-------------------------|---------------------|-------------------------|-----------------|
| Загальний показник | 60,06±17,83(58,0)* | 103,10±15,03 | 24,22±17,9(25,3) | 95,76±16,54 |
| «Цілі в житті» | 18,24±7,3(55,3) | 32,90±5,92 | 12,8±5,44(43,5) | 29,38±6,24 |
| «Процес життя» | 15,61±6,75(50,2) | 31,09±4,44 | 5,83±5,34(20,1) | 28,80±6,14 |
| «Результат життя» | 13,82±5,26(54,1) | 25,46±4,30 | 5,03±4,52(21,5) | 23,30±4,95 |
| «Локус контролю-Я» | 12,53±4,19(59,2) | 21,13±3,85 | 4,28±4,12(23,1) | 18,58±4,30 |
| «Локус контролю-життя» | 17,55±5,53(56,6) | 30,14±5,80 | 11,54±6,0(40,1) | 28,70±6,10 |

* % співвідношення середніх балів, отриманих при дослідженні, до нормативу балів за кожним з критеріїв (з урахуванням норм щодо статі), виділені показники ≤ 50%.

Проведене дослідження показало важливість застосування психодіагностичного дослідження в диференційній діагностиці ДР в підлітковому та молодому віці, враховуючи їх синдромальну поліморфність та коморбідність з іншими психопатологічними порушеннями, а саме з СрПв. Якщо застосування тесту BDI на даний час відноситься до рутинної практики в клінічній діагностиці ДР, то використання тестів WZT та СЖО в діагностичному процесі, насамперед, може допомогти у визначенні основних характеристик та процесів, пов'язаних зі стрес-вразливості щодо особистості пацієнта, а також ресурсних зон та протективних психологічних механізмів. Це, в свою чергу, є основою вдосконалення визначення фокус-мішеней для невідкладного психотерапевтичного втручання з пацієнтами, котрі страждають на різні варіанти ДР в підлітковому та юнацькому віці, задля поліпшення ефективності подальшої психотерапевтичної роботи з ними.

Висновки .

Відповідно до результатів проведеного дослідження було виявлено, що в підлітковому та юнацькому віці ДР за нозологічним розподілом та рівнем важкості депресії, мали значні статеві відмінності в їх формуванні та перебігу. Так, було зафіксовано наявну тенденцію до формування хронічних форм ДР, котрі були діагностовані в 96,9% всіх обстежених, а ДРП достовірно переважав у дівчат у віці 15 – 17 років.

Серед обстежених пацієнтів превалювала істеро-депресивна симптоматика (65,6% випадків в цілому), яка також достовірно домінувала дівчат (74,0% випадків), як і синдром деперсоналізації-дереалізації. Тоді як у юнаків достовірно частіше діагностувалися депресивно-обсесивний та тривожно-депресивний синдроми (85,7 та 57,1% випадків відповідно).

Результати дослідження засвідчили 100% коморбідність ДР в підлітковому та юнацькому віці з різними маніфестними проявами СрПв щодо обстежених пацієнтів, кожен десятий з яких неодноразово здійснював суїцидальні спроби. Так, найчастіше ДР поєднувалися в обстежених з суїцидальними думками, котрі достовірно домінували у дівчат (72,0 % випадків), в яких також значно переважав рівень несуйцидальних самопорізів (70,0% пацієнток).

Проведене психодіагностичне дослідження довело можливості та діагностичну ефективність використання тестів BDI, WZT та СЖО у диференційній діагностиці ДР в підлітковому та юнацькому віці. Завдяки результатам тесту BDI, було виявлене значне переважання важкого перебігу депресії в обстежених в цілому (71,9% випадків) та серед дівчат (80,0% випадків).

Застосування WZT дозволило визначити основні особистісні характеристики вразливості щодо психологічних установок та світоглядних відчуттів в обстежених юнаків та дівчат, котрі наочно наведені у прикладах малюнків пацієнтів і проаналізовані за змістовним типом зображення та особливостями малювання з виділенням примітивного, сюжетного та творчого типів малюнків.

Відповідно до результатів за опитувальником СЖО, 87,3% всіх обстежених мали занижений загальний показник тесту щодо усередненої норми (з урахуванням норм щодо статі), а рівень самоусвідомлення та розуміння сенсів життя в юнаків склав в середньому 55,1%, а в дівчат – лише 29,7% у сукупності від усереднених нормативів за субшкалами тесту.

Результати дослідження можуть бути використані у клінічній практиці при наданні психіатрично-психотерапевтичної і медико-психологічної допомоги, як ефективний інструментарій диференційній діагностики щодо визначення тактики фармакотерапії та психотерапевтичної (психокорекційної) роботи з пацієнтами, котрі страждають на ДР в підлітковому та юнацькому віці.

Конфлікт інтересів: автори не мають жодного конфлікту інтересів, про який потрібно декларувати.

Фінансова підтримка: не задекларована.

Посилання

1. Hua, Z., Wang, S., & Yuan, X. (2024). Trends in age-standardized incidence rates of depression in adolescents aged 10-24 in 204 countries and regions from 1990 to 2019. *Journal of affective disorders*, 350, 831–837.
2. Wong, T. K. Y., & Hamza, C. A. (2024). Longitudinal Associations among Identity Processes and Mental Health in Young Adulthood: The Mediating Role of Social Support. *Journal of youth and adolescence*, 53(4), 814–832.
3. Jääkallio, P., Kuula, L., & Pesonen, A. K. (2024). Temporal pathways between circadian rhythm, depression and anxiety in the transition from adolescence to early adulthood. *Journal of affective disorders*, 350, 656–664.
4. Morales-Chainé, S., Palafox, G., Robles-García, R., Arenas-Landgrave, P., López-Montoya, A., Félix-Romero, V., & Imaz-Gispert, M. A. (2024). Pathways of depressive symptoms to self-harm and suicide warning signs during COVID-19 pandemic: The role of anxiety and related distress, dysfunction and somatization. *Journal of affective disorders*, 350, 476–484.
5. World Health Organization (WHO). (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. World Health Organization.
6. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbauch, J. (1961). Beck Depression Inventory (BDI) [Database record]. APA PsycTests.
7. Nikitchuk, U. (2020). The Psychometric Properties of the Ukrainian version of Beck Depression Inventory-I determined with a student sample. *Psychological Journal*, 6(11), 56–68.
8. Родіна Н.В. Нормативні та оригінальні рішення в тесті Вартегга в системі індивідуально-психологічних особливостей особистості. *Вісник Національного університету оборони України*. 2014. No 5 (42). С. 299–307.
9. Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. T. (1969). Purpose in Life Test (PIL) [Database record]. APA PsycTests.
10. Леонтьев Д. А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). 2-е изд. М.: Смысл, 2000. 18



С.

11. Likert, R. (1932). The Method of Constructing an Attitude Scale, in Fishbein, M. (Ed) (1967) Readings in Attitude Theory and Measurement. New York: John Willey & Sons, Inc., 90 - 95.