

УДК 616.895.4-071-036

*В. Ю. Федченко*

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ, ПЕРЕБІГУ ТА ВИХОДУ РЕКУРЕНТНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ**

*В. Ю. Федченко*

**Клинико-психопатологические факторы формирования, течения и исхода рекуррентных депрессивных расстройств**

*V. Yu. Fedchenko*

**Clinical-psychopathological factors of formation, course of disease and outcome of recurrent depressive disorders**

В статті викладені результати визначення особливостей клінічної структури рекурентних депресивних розладів, що відображають важкість поточного епізоду, вплив на динаміку розладу та мають прогностичну значущість для діагностики та терапії цих станів. Виокремлені провідні синдромокомплекси, найбільш сприятливі для редукції симптоматики та вираженого поліпшення стану, описані три етапи перебігу рекурентних депресивних розладів (початковий, проміжний, тривалий).

**Ключові слова:** депресивні розлади, фактори прогнозу формування, перебігу, виходу

В статье изложены результаты определения особенностей клинической структуры рекуррентных депрессивных расстройств, отражающих тяжесть текущего эпизода, влияние на динамику расстройства и имеющих прогностическую значимость для диагностики и терапии этих состояний. Выделены ведущие синдромокомплексы, наиболее благоприятные для редукции симптоматики и выраженного улучшения состояния, описаны три этапа течения рекуррентных депрессивных расстройств (начальный, промежуточный, длительный).

**Ключевые слова:** депрессивные расстройства, факторы прогноза формирования, течения, исхода

The article presents the results of determining the features of the clinical structure of recurrent depressive disorders, reflecting the severity of the current episode, the impact on the dynamics of the disorder and which have a prognostic significance for the diagnosis and therapy of these conditions. The leading syndrome complexes, the most favorable for reduction of symptoms and marked improvement of a condition, also as three stages of a course of recurrent depressive disorders (initial, intermediate, prolonged) are described.

**Key words:** depressive disorders, factors of prognosis of formation, course of disease, outcome

Депресивні розлади значною мірою впливають на фізичне, психічне та соціальне функціонування людини, що утруднює задоволення її базових потреб і не-

гативно впливає на повсякденну життєву активність, призводячи до значного зниження якості життя [1—4]. Незважаючи на доступність методів терапії депресивних розладів, спеціалізоване лікування отримують менше ніж половина пацієнтів, а в багатьох країнах цей показник

взагалі не перевищує 10 %. Однією з перешкод на шляху отримання своєчасної допомоги є недосконалість діагностики, що є критичною для підбору коректної терапії [5—8]. При цьому питання клініко-психопатологічних особливостей депресивних розладів потребує подальшого вивчення з урахуванням їх динаміки та характеру редукції симптоматики, що може стати визначальним для прогнозу ефективності лікування [9—12]. Тому метою роботи стало вивчення клініко-психопатологічних та анамнестичних особливостей рекурентних депресивних розладів з метою визначення факторів їх формування, перебігу та виходу.

Для реалізації поставленої мети були обстежені 44 хворих на рекурентні депресивні розлади різного ступеня важкості, серед них 5 хворих на легкий епізод, 30 — на помірний епізод та 9 — на важкий епізод без психотичних симптомів. Діагноз був встановлений з урахуванням критеріїв МКХ-10 (F 33.0, 33.1, 33.2).

Використовували комплексний підхід, що включав такі методи: клініко-психопатологічний (вивчення скарг, клінічного анамнезу, психопатологічного стану та його динаміки); психодіагностичний, на базі Шкали Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) [13] та Шкали загального клінічного враження (Clinical Global Impression Scale — CGI) [14]; методи математичної статистики.

Загальну характеристику обстежуваних хворих наведено в таблиці 1.

Таблиця 1. Загальна характеристика обстежуваних хворих на рекурентні депресивні розлади

Показник, який оцінюється	% ± m %
Стать:	
— чоловіча	20,45 ± 6,15
— жіноча	79,55 ± 6,15
Вікові групи, років:	
— 18—29	4,55 ± 3,18
— 30—39	15,91 ± 5,58
— 40—49	20,45 ± 6,15
— 50—59	34,09 ± 7,23
— 60—69	25,00 ± 6,60
Освіта:	
— середня	6,82 ± 3,84
— середня спеціальна	43,18 ± 7,55
— незакінчена вища	4,55 ± 3,18
— вища	45,45 ± 7,59
Місце проживання:	
— місто	77,27 ± 6,39
— сільська місцевість	22,73 ± 6,39
Сімейний стан:	
— перебувають у шлюбі	70,45 ± 6,96
— не перебувають у шлюбі	29,55 ± 6,96
Соціальна зайнятість:	
— працюють	40,91 ± 7,50
— не працюють	59,09 ± 7,50
Характер праці:	
— розумова	72,22 ± 10,86
— фізична	27,78 ± 10,86

Серед обстежуваних переважали жінки — 79,55 % осіб, які належали до вікової групи від 50 до 59 років — 34,09 % осіб, мали вищу освіту — 45,45 % осіб, проживали в місті — 77,27 % осіб, перебували у шлюбі — 70,45 % осіб, не мали постійної роботи — 57,50 %. Необхідно зауважити, що серед тих пацієнтів, які не працювали,

лише 4,4 % від загальної кількості обстежуваних досягли пенсійного віку.

Під час дослідження було проведено ретельний аналіз анамнезу захворювання. Варто попередньо зауважити, що до групи обстежуваних були включені хворі на рекурентні депресивні розлади з відсутністю швидких циклів в анамнезі та повною попередньою ремісією. Отримані дані наведено у таблицях 2, 3, 4.

Таблиця 2. Динаміка перебігу рекурентних депресивних розладів

Показник, який оцінюється	Абсолютна кількість (n = 44)	% ± m %
Кількість епізодів в анамнезі, враховуючи поточний:		
— 2	14	31,82 ± 7,10
— від 3 до 5	23	52,27 ± 7,62
— більше ніж 5	7	15,91 ± 5,58
Тривалість поточного епізоду:		
— від 2 тижнів до 6 місяців	29	65,91 ± 7,23
— 6—12 місяців	11	25,00 ± 6,60
— більше ніж 12 місяців	4	9,09 ± 4,38
Тривалість попередньої ремісії:		
— від 6 до 12 місяців	16	36,36 ± 7,34
— 12—24 місяців	15	34,09 ± 7,23
— більше ніж 24 місяців	13	29,55 ± 6,96

За даними таблиці 2, здебільшого в обстежуваних хворих в анамнезі зареєстровано від 3 до 5 депресивних епізодів, враховуючи поточні (52,27 % осіб). У 31,82 % з цієї категорії хворих спостерігався другий поточний епізод. У 15,91 % хворих спостерігалася більше ніж 5 депресивних епізодів протягом захворювання.

Тривалість поточного депресивного епізоду в обстежуваних хворих здебільшого складала від 2 тижнів до 6 місяців (65,91 %). У значній кількості обстежуваних (25,00 %) тривалість епізоду становила від 6 до 12 місяців. Тривалість епізоду більше ніж 12 місяців спостерігалася у 9,09 % випадків.

Тривалість попередньої ремісії у 36,36 % хворих на рекурентні депресивні розлади становила від 6 до 12 місяців, у 34,09 % хворих — від 12 до 24 місяців і у 29,55 % хворих — більше ніж 24 місяців.

Загальноновизнаною є роль біологічного фактору у формуванні депресивних розладів. За результатами докладного аналізу факторів спадковості та преморбиду в обстежуваних хворих (табл. 3), встановлено, що сумарний відсоток спадкової обтяженості афективними розладами склав 40,91 % випадків.

На сучасному етапі важливим провокуючим чинником розвитку депресивних розладів, є наявність факторів психічної травматизації, серед яких найбільшого значення набувають соціальні чинники. Зокрема, 56,82 % обстежуваних хворих під час опитування безпосередньо пов'язували розвиток первинного депресивного епізоду внаслідок дії психогенних чинників. З перебігом захворювання кількість осіб, які впевнено називали фактори психічної травматизації як чинники, що провокували поточний епізод, ставала меншою і становила 43,18 % обстежуваних. При цьому важливо зауважити, що ця категорія хворих здебільшого належала до вікових груп після 50 років (89,47 % осіб) і налічувала від 3 до 5 депресивних епізодів в анамнезі (78,95 % осіб). Деякі відмінності простежувалися і у самій структурі факторів психічної травматизації на початку захворювання порівняно з поточним епізодом (табл. 4).

Таблиця 3. Фактори спадковості та преморбіді

Показник, який оцінюється	% ± m %
<b>Спадкова обтяженість:</b>	
Афективні розлади (біполярні та уніполярні) у батьків	22,73 ± 6,39
Афективні розлади (біполярні та уніполярні) у родичів	18,18 ± 5,88
Особистісні розлади у батьків	4,55 ± 3,18
Особистісні розлади у родичів	2,27 ± 2,27
Алкогольна залежність у батьків та родичів	11,36 ± 4,84
Соматоневрологічні розлади у батьків та родичів	63,64 ± 7,34
<b>Фактори преморбіді:</b>	
Патологія вагітності та пологів	6,82 ± 3,84
Інфекції	9,09 ± 4,38
Інтоксикації	4,55 ± 3,18
Травми черепа	4,55 ± 3,18
Соматоневрологічні розлади (компенсовані)	13,63 ± 5,23

Наприклад, за даними таблиці 4, в структурі виявлених у обстежуваних хворих факторів психічної травматизації при первинному епізоді переважали соціально-психологічні — 32,00 % (зокрема, «невпевненість в завтрашньому дні» (страх погіршення соціально-економічного становища в майбутньому чи зміни умов життя в цілому), інформація ЗМІ) та соціально-економічні чинники — 24,00 % (зокрема, погіршення/незадоволеність матеріально-побутовим становищем, погіршення/втрата соціального статусу).

Водночас, при поточному епізоді частка соціально-психологічних факторів психічної травматизації вірогідно ще збільшилася та складала вже 63,13 % випадків. При цьому складники цієї групи психогенних чинників дещо змінилися і стосувалися як «невпевненості в завтрашньому дні», так і переживання самотності, зокрема внаслідок втрати близької людини або розлуки з близькими. Вагому частку складала також фактори, пов'язані зі здоров'ям, переважно власним (15,79 % випадків).

Таблиця 4. Структура факторів психічної травматизації у хворих на рекурентні депресивні розлади при первинному та поточному епізодах

Показник, який оцінюється	Фактор психічної травматизації (% ± m %)	
	при первинному епізоді (n = 25)	при поточному епізоді (n = 19)
Пов'язаний зі здоров'ям власним / близького оточення	8,00 ± 5,54	15,79 ± 8,59
Пов'язаний з сімейними/особистісними стосунками	20,00 ± 8,16	5,26 ± 5,26
Пов'язаний з професійною діяльністю	16,00 ± 7,48	5,26 ± 5,26
Соціально-економічний	24,00 ± 8,72	10,53 ± 7,23
Соціально-психологічний	32,00 ± 9,50*	63,16 ± 11,37*

Примітка: \* — різниці вірогідні при  $p < 0,05$

Під час оцінювання клінічної картини рекурентних депресивних розладів особливу увагу приділяли вивченню усього депресивного спектра клініко-психопатологічних проявів поточного епізоду (табл. 5).

Таблиця 5. Клініко-психопатологічні прояви депресивного спектра у хворих основної групи (n = 44)

Показник, який оцінюється	% ± m %
<b>Афективні прояви:</b>	
— пригнічений настрій	100,00 ± 0,00
— відчуття туги	79,55 ± 6,15
— відчуття напруження	72,73 ± 6,79
— тривога	65,91 ± 7,23
— дратівливість	31,82 ± 7,10
<b>Мотиваційно-вольові прояви:</b>	
— зниження зацікавленості	77,27 ± 6,39
— зменшення активності та ініціативи	88,64 ± 4,84
— зниження продуктивності діяльності	61,36 ± 7,43
— відчуття провини, самозвинувачення, зниження самооцінки	54,54 ± 7,59
— неспроможність приймати рішення	45,45 ± 7,59
— відчуття відсутності перспективи у майбутньому	84,09 ± 5,58
— суїцидальні думки	31,82 ± 7,10
<b>Когнітивні прояви:</b>	
— погіршення пам'яті	61,36 ± 7,43
— зниження концентрації уваги	86,36 ± 5,23
— психічна виснаженість	81,82 ± 5,88
<b>Психомоторні прояви:</b>	
— ретардація (сповільнення рухів тіла, зниження експресії обличчя, звуження комунікаційної сфери)	56,82 ± 7,55
— ажитація (непосидючість, метушливість, безцільна неконтрольована гіперактивність)	9,09 ± 4,38
<b>Соматичні прояви:</b>	
<i>Порушення базових функцій:</i>	
— розлади сну	79,55 ± 6,15
— порушення апетиту	70,45 ± 6,96
— втрата маси тіла	54,55 ± 7,59
— зниження статевого потягу	59,09 ± 7,50
<i>Порушення вітального тону функцій:</i>	
— фізична стомлюваність	84,09 ± 5,58
— млявість та зниження енергії	75,00 ± 6,60
<i>Неприємні тілесні відчуття (болю, напруження, важкості, оніміння тощо)</i>	
— виснаженість	65,91 ± 7,23
<i>Вісцеральні симптоми:</i>	
— кардіоваскулярні	56,82 ± 7,55
— гастроінтестинальні	40,90 ± 7,50
— респіраторні	18,18 ± 5,88

Структура клініко-психопатологічних проявів депресивного спектра у хворих на рекурентні депресивні розлади характеризувалася наявністю афективних, мотиваційно-вольових, когнітивних, психомоторних та соматичних порушень. Зокрема, аналіз отриманих даних свідчить про те, що в усіх 100,00 % обстежуваних хворих провідним симптомом був пригнічений настрій.

Серед мотиваційно-вольових проявів найчастіше спостерігалось зменшення активності та ініціативи (88,64 %) та відчуття відсутності перспективи у майбутньому (84,09 %), а в структурі когнітивних порушень — зниження концентрації уваги (86,36 %) та психічна виснаженість (81,82 %). Психомоторні порушення в групі обстежуваних були виражені переважно ретардацією (56,82 %), соматичні — фізичною стомлюваністю (84,09 %) та розладами сну (79,55 %).

Для об'єктивізації оцінки клінічної структури, вираженості поточного епізоду та його редукції в динаміці використовували психометричні шкали: шкала депресії Гамільтона (HDRS, оцінка на 1-й та 24-й день перебування у стаціонарі), шкала загального клінічного враження (CGI — CGI-S і CGI-I, оцінка на 1-й і 24-й та 7-й і 24-й дні перебування у стаціонарі відповідно).

За шкалою HDRS було встановлено, що стан хворих (88,64 %) на 1-й день перебування у стаціонарі здебільшого відповідав «великому депресивному епізоду» (табл. 6).

Таблиця 6. Показники за шкалою HDRS у хворих на рекурентні депресивні розлади

Група обстежуваних (n = 44) за важкістю розладу	Оцінка на 1-й день перебування у стаціонарі		Оцінка на 24-й день перебування у стаціонарі	
	(% ± m %), бали	середнє значення балів	(% ± m %), бали	середнє значення балів
Показники норми	—	—	9,09 ± 4,38	6,25 ± 0,96
Малий депресивний епізод	11,36 ± 4,84	15,60 ± 0,54	52,27 ± 7,62	10,82 ± 1,50
Великий депресивний епізод	88,64 ± 4,84	26,56 ± 2,97	38,64 ± 7,43	19,94 ± 2,67

Водночас, «малому депресивному епізоду» відповідав стан 11,36 % хворих. Після комплексної терапії (фармако- та психотерапії) на 24-й день перебування у стаціонарі частка хворих на «великий депресивний епізод» зменшилася більше ніж в 2 рази.

Середнє значення балів за шкалою HDRS у групі обстежуваних хворих для «великого» та «малого» депресивних епізодів на 1-й день перебування у стаціонарі становило 26,56 балів та 15,60 балів відповідно. При цьому на 24-й день перебування у стаціонарі в результаті проведеної терапії середні значення балів для «великого» та «малого» депресивних епізодів знизилися більше ніж на 30 %.

Доладний аналіз середнього значення балів за пунктами шкали HDRS (рис. 1) свідчить, що найбільші показники у хворих на рекурентні депресивні розлади до терапії були за такими шкалами: 1 — Депресивний настрій (2,73 ± 0,54 бала), 7 — Робота та діяльність (2,32 ± 0,91 бала), 11 — Соматична тривога (1,91 ± 0,77 бала), 10 — Психічна тривога (1,80 ± 0,67 бала), 15 — Іпохондричні розлади (1,47 ± 0,82 бала).

Оцінювання стану хворих в динаміці продемонструвало, що вираженість клінічних проявів за більшістю пунктів шкали HDRS (60,87 %), як-от 1, 3—8, 10—15 та 18б після лікування вірогідно зменшилася порівняно з першим обстеженням ( $t \geq 2,2030$ ), що переконливо свідчить про ефективність обраної терапії. Найбільше зниження проявів депресії спостерігалось за пунктами: 1 — Депресивний настрій, 7 — Робота та діяльність, 11 — Соматична тривога, 10 — Психічна тривога ( $t \geq 10,4488$ ,  $t \geq 6,0219$ ,  $t \geq 5,6152$  та  $t \geq 4,7404$  відповідно). Отже, оцінка стану хворих на 24-й день терапії свідчить про суттєве підвищення їх соціальної адаптації.

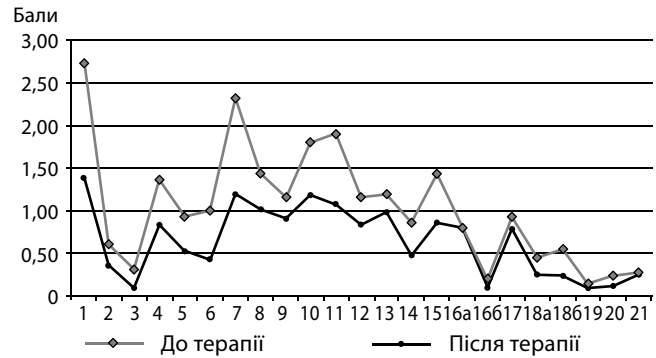


Рис. 1. Динаміка показників шкали HDRS у хворих на рекурентні депресивні розлади

Умовні позначення шкал:

1 — Депресивний настрій; 2 — Почуття провини; 3 — Суїцидальні наміри; 4 — Інсомнія рання; 5 — Інсомнія середня; 6 — Інсомнія пізня; 7 — Робота та діяльність; 8 — Загальмованість; 9 — Ажитація; 10 — Психічна тривога; 11 — Соматична тривога; 12 — Шлунково-кишкові соматичні симптоми; 13 — Загальні соматичні симптоми; 14 — Генітальні симптоми; 15 — Іпохондричні розлади; 16а — Втрата маси тіла за анамнезом; 16б — Втрата маси тіла фактична; 17 — Критичність; 18а — Добові коливання стану; 18б — Добові коливання ступінь; 19 — Деперсоналізація та дереалізація; 20 — Параноїдні симптоми; 21 — Обсесивні та компульсивні симптоми

За вихідним ступенем вираженості психопатологічних проявів у хворих на рекурентні депресивні розлади за шкалою CGI-S розцінені як «хворий помірного ступеня» (56,82 ± 7,55) % пацієнтів, як «хворий значного ступеня» — (22,73 ± 6,39) % пацієнтів, як «хворий легкого ступеня» — (11,36 ± 4,84) % пацієнтів та як «хворий тяжкого ступеня» — (9,09 ± 4,38) % пацієнтів (рис. 2).

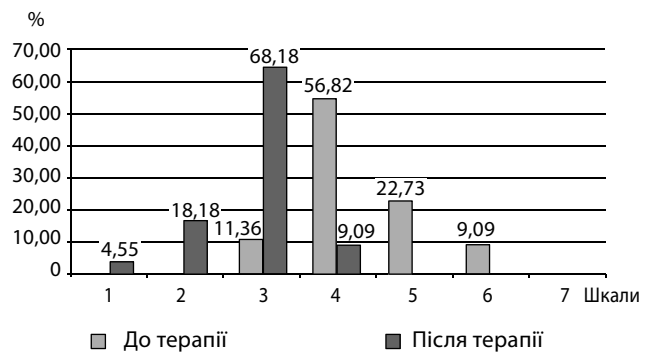


Рис. 2. Динаміка стану хворих на рекурентні депресивні розлади за шкалою CGI-S

Умовні позначення шкал:

1 — Психічно здоровий; 2 — На межі психічного захворювання; 3 — Хворий легкого ступеня; 4 — Хворий помірного ступеня; 5 — Хворий значного ступеня; 6 — Хворий тяжкого ступеня; 7 — Належить до групи найбільш важко хворих пацієнтів

На момент виписки зі стаціонару за шкалою CGI-S стан повністю нормалізувався у (4,55 ± 3,18) % пацієнтів, відповідав «пограничному» стану у (18,18 ± 5,88) % пацієнтів, «легкому» — у (68,18 ± 6,10) % пацієнтів та «помірно вираженому» — у (9,09 ± 4,38) % пацієнтів.

Оцінювання динаміки стану обстежених хворих за шкалою CGI-I на 7-й день лікування показало «мінімальне поліпшення» та «значне поліпшення» у (54,54 ± 7,59) % та (13,54 ± 5,23) % пацієнтів відповідно (рис. 3). При цьому у (31,82 ± 7,10) % хворих стан залишався незмінним.

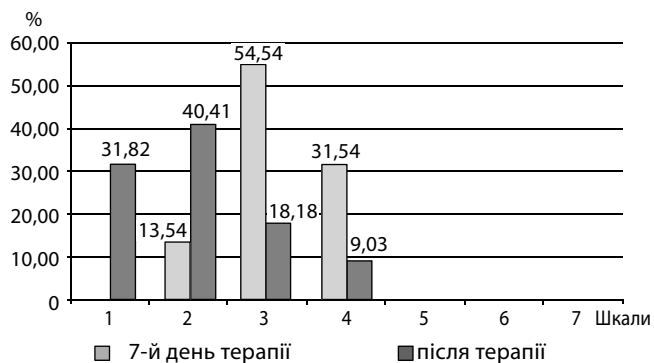


Рис. 3. Динаміка стану хворих на рекурентні депресивні розлади за шкалою CGI-I

Умовні позначення шкал:

1 — Дуже значне поліпшення; 2 — Значне поліпшення; 3 — Мінімальне поліпшення; 4 — Без змін; 5 — Мінімальне погіршення; 6 — Значне погіршення; 7 — Дуже значне погіршення

Повторне оцінювання динаміки стану хворих на рекурентні депресивні розлади на 24-й день терапії за шкалою CGI-I продемонструвало «значне», «дуже значне» та «мінімальне» поліпшення стану пацієнтів у (40,91 ± 7,50) %, (31,82 ± 7,10) % та (18,18 ± 5,88) % випадків відповідно. Лише у (9,09 ± 4,38) % пацієнтів був зареєстрований майже незмінний стан.

Аналіз та узагальнення отриманих результатів були об'єктивізовані за допомогою статистичних методів дослідження. Для виявлення ймовірних зв'язків між кількістю епізодів в анамнезі, тривалістю поточного епізоду та попередньої ремісії у обстежуваних хворих був проведений кореляційний аналіз, що виявив позитивні кореляційні зв'язки тривалості ремісії з кількістю перенесених депресивних епізодів. Зокрема, встановлений кореляційний зв'язок між найкоротшою серед зазначених тривалістю ремісії 6—12 місяців та 3—5 епізодами в анамнезі ( $r = 0,544$ ). Водночас, виявлений позитивний кореляційний зв'язок між ремісією терміном 12—24 місяці та другим поточним епізодом ( $r = 0,617$ ). Наведені дані демонструють тенденцію до більш раннього звернення хворих за спеціалізованою медичною допомогою зі збільшенням досвіду захворювання на рекурентні депресивні розлади. При цьому спостерігається досить тривала ремісія між первинним депресивним епізодом та другим, який дозволяє діагностувати власне рекурентний депресивний розлад.

Вивчення впливу структури клінічної симптоматики (HDRS до терапії) на важкості депресивного епізоду (CGI-S до терапії) з використанням кореляційного аналізу виявило, що переважання в клінічній картині іпохондричних проявів ( $r = 0,578$ ) та почуття провини ( $r = 0,568$ ) асоційовані з «тяжким ступенем» розладу. При цьому наявність в структурі клінічної картини загальних соматичних симптомів ( $r = 0,640$ ), соматичної та психічної тривоги ( $r = 0,570$  та  $r = 0,540$  відповідно) пов'язані з формуванням «помірного ступеня» розладу, а відсутність виражених афективних проявів ( $r = -0,584$ ) та порушень у сфері соціального функціонування ( $r = -0,566$ ) характеризують «легкий ступінь» розладу.

Аналіз впливу структури клінічної симптоматики (HDRS після терапії) на динаміку стану в результаті терапії (CGI-I після терапії) продемонструвало, що «значне поліпшення» стану асоційоване з редукцією депресивного настрою ( $r = -0,575$ ), загальних соматичних симптомів

( $r = -0,556$ ) та загальмованості ( $r = -0,553$ ). При цьому «мінімальне поліпшення» стану зумовлене редукцією пізньої інсомнії ( $r = -0,564$ ), психічної тривоги ( $r = -0,558$ ), порушень у сфері роботи та діяльності ( $r = -0,549$ ). Тоді як відсутність динаміки стану («без змін») пов'язана зі збереженням в клінічній картині іпохондричних розладів ( $r = 0,651$ ), почуття провини ( $r = 0,582$ ), добових коливань стану ( $r = 0,565$ ).

Вищевикладені результати дозволили виокремити провідні синдромокомплекси при рекурентних депресивних розладах: депресивний (100,00 ± 0,00) %, астеничний (88,64 ± 4,84) %, апатичний (81,82 ± 5,88) %, тривожно-фобічний (72,73 ± 6,79) %, соматовегетативний (65,91 ± 7,23) %, іпохондричний (56,82 ± 7,55) %, що мають прогностичну значущість для їх перебігу та виходу. Зокрема, найбільш сприятливими для редукції симптоматики та вираженого поліпшення стану є депресивний та астеничний синдромокомплекс ( $r = 0,654$  та  $r = 0,608$  відповідно), а найбільш прогностично несприятливими є соматовегетативний та іпохондричний синдромокомплекс ( $r = 0,612$  та  $r = 0,598$ ).

З метою аналізу перебігу рекурентних депресивних розладів в динаміці був проведений факторний аналіз клініко-психопатологічних та анамnestичних показників, що включали особливості клініко-психопатологічної структури поточного епізоду, тривалість поточного епізоду та попередньої ремісії, а також наявність провокуючих психогенних чинників.

В результаті виокремлено 3 етапи за кількістю перенесених епізодів, що характеризують досвід захворювання на рекурентні депресивні розлади: початковий досвід рекурентного депресивного розладу (2 епізоди в анамнезі), проміжний досвід рекурентного депресивного розладу (3—5 епізодів в анамнезі), тривалий досвід рекурентного депресивного розладу (більше ніж 5 епізодів в анамнезі).

Зокрема, початковий досвід рекурентного депресивного розладу характеризується сполученням клінічних проявів депресії, як-от добові коливання стану ( $r = 0,670$ ), загальні соматичні симптоми ( $r = 0,642$ ), психічна тривога ( $r = 0,589$ ), втрата маси тіла за анамнезом ( $r = 0,539$ ), а також пов'язаний з тривалою попередньою ремісією терміном 12—24 місяців ( $r = 0,564$ ) та наявністю психогенних чинників ( $r = 0,562$ );

При цьому проміжний досвід рекурентного депресивного розладу (3—5 епізодів в анамнезі) пов'язаний з поєднанням соматичної тривоги ( $r = 0,636$ ), порушень соціального функціонування ( $r = 0,573$ ), обесивно-компulsiveвних симптомів ( $r = 0,573$ ) і суїцидальних намірів ( $r = 0,539$ ), та асоційований з попередньою ремісією терміном 6—12 місяців ( $r = 0,539$ ).

Водночас, тривалий досвід рекурентного депресивного розладу (більше ніж 5 епізодів в анамнезі) асоційований з наявністю таких провідних симптомів: загальмованість ( $r = 0,623$ ), іпохондричні розлади ( $r = 0,595$ ), почуття провини ( $r = 0,536$ ), параноїдні симптоми ( $r = 0,509$ ) та сполучений з наявністю психогенних чинників ( $r = 0,572$ ).

Отже, диференційований підхід в аналізі типологічних особливостей афективного компонента та структурно-синдромологічних складників депресивних розладів дозволяє точніше визначати взаємозв'язок, психопатологічне і клінічне значення депресивних симптомів, що є основою цілеспрямованого удосконалення терапевтичних та реабілітаційних підходів під час надання спеціалізованої психіатричної допомоги.

**Список літератури**

1. Марута Н. О., Жупанова Д. О. Клініко-психологічні особливості хворих на депресію з різним рівнем медикаментозного комплаєнсу (діагностика і корекція) // Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, вип. 1 (86). С. 5—11.
2. Risk factors for treatment resistance in unipolar depression: A systematic review / D. Bennabi, B. Aouizerate, W. El-Hage [et al.] // J. Affect. Disord. 2015. Vol. 171. P. 137—141.
3. Peculiarities of depressive disorders in emigrants and re-emigrants / N. O. Maruta, O. P. Venger, T. V. Panko, I. O. Yavdak // 24<sup>th</sup> European Congress of Psychiatry (Madrid, 12—15 March, 2016) // J. Eur. Psychiatry. 2016. Vol. 33. PP. S1—S806. Article EPA. EV821.
4. Mechanisms of suicidogenesis in different variants of depressive disorders / N. O. Maruta, M. M. Denysenko, O. Y. Kutikov, A. V. Kharchenko // Abstracts of 21<sup>st</sup> European Congress of Psychiatry (6—9 April, 2013, Nice, France). P. 2777.
5. Колядко С. П., Каленська Г. Ю., Щербак Т. Н. Можливості використання арт-терапії при лікуванні депресивних розладів // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. 2013. № 1 (23). С. 115—124.
6. Нейротрофічна терапія депресій: можливості та перспективи / Н. О. Марута, І. О. Явдак, О. С. Череднякова, О. С. Марута // Укр. вісник психоневрології. 2014. Т. 22, вип. 2 (80). С. 96—103.
7. Improving Major Depressive Episode Assessment: A New Tool Developed by Formal Psychological Assessment / F. Serra, A. Spoto, M. Ghisi, G. Vidotto [Electronic Resource] // J. Frontiers in Psychology. 2017. Vol. 8. Article 214. URL : <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.00214/full>
8. Richelson E. Multi-modality: a new approach for the treatment of major depressive disorder // Int. J. Neuropsychopharmacol. 2013. Vol. 16, № 6. P. 1433—1442.
9. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STARd report / A. J. Rush, M. H. Trivedi, S. R. Wisniewski [et al.] // Am. J. Psychiatry. 2006. Vol. 163. P. 1905—1917.
10. Identifying Depressive Subtypes in a Large Cohort Study: Results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA) / Femke L., de Jonge P., Nolen W. A. [et al.] // J Clin Psychiatry. 2010. Vol. 71 (12). P. 1582—1589.
11. Kessing L. V. Severity of depressive episodes during the course of depressive disorder // Br. J. Psychiatry. 2008. Vol. 192. P. 3.
12. Richardson K., Barkham M. Recovery from depression: a systematic review of perceptions and associated factors // J Ment Health. 2017. Sep 6. P. 1—13.
13. Смулевич, А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. Москва : Медицинское информационное агентство, 2003. 209 с.
14. Busner, J., Targum S. D. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice // Psychiatry (Edgmont). 2007. Vol. 4(7). P. 28—37.

*Надійшла до редакції 20.12.2017 р.*

**ФЕДЧЕНКО Вікторія Юрївна**, старший науковий співробітник Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна; e-mail: [vfedchenko83@ukr.net](mailto:vfedchenko83@ukr.net)

**FEDCHENKO Viktoriya**, Senior Researcher of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of National Academy of Medical Science of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: [vfedchenko83@ukr.net](mailto:vfedchenko83@ukr.net)