

Н. О. Марута, Т. В. Панько, О. Є. Семікіна, Ю. М. Завалко

ОЦІНКА МІШЕНЕЙ ТЕРАПІЇ ПРИ РЕКУРЕНТНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ

N. O. Maruta, T. V. Panko, O. E. Semikina, Yu. M. Zavalko

EVALUATION OF THERAPY TARGETS IN RECURRENT DEPRESSIVE DISORDERS

Ключові слова: рекурентний депресивний розлад, клініко-психопатологічні особливості, мішені терапії

Key words: recurrent depressive disorder, clinical and psychopathological features, targets of therapy

На депресивні розлади, за даними ВООЗ, страждає понад 350 мільйонів осіб. Етіологія та патогенез депресивних епізодів та рекурентних депресивних розладів дотепер остаточно не визначені. Формування депресивних розладів зумовлено поєднанням кількох факторів, як-от біологічні (конституціонально-генетичні), психологічні та соціальні. З огляду на рівень поширеності депресивних розладів, і далі тривають оцінювання їх клініко-психопатологічних особливостей та пошук підходів до їх терапії.

З метою визначення мішеней терапії рекурентних депресивних розладів проведено обстеження пацієнтів з рекурентними депресивними розладами в умовах відділу пограничної психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України»: 175 хворих на рекурентну депресію, серед з них 74,85 % жінок та 25,15 % чоловіків. Середній вік обстежених становив 46,79 років (жінок — 52,25, чоловіків — 41,32). На підставі оцінки клініко-психологічних проявів рекурентних депресивних розладів та психопатологічних аспектів встановлені мішені терапевтичного впливу: вираженість депресивного епізоду (легкий, помірний, важкий), специфіка психотравматичних переживань, параметри антивітальності та життєстійкості, структурні особливості адаптаційного потенціалу.

According to the WHO, more than 350 million people suffer from depressive disorders. The etiology and pathogenesis of depressive episodes and recurrent depressive disorders have not yet been definitively established. The formation of depressive disorders is due to a combination of such factors as biological (constitutional and genetic), psychological and social. Taking into account the level of prevalence of depressive disorders, the assessment of their clinical and psychopathological features and approaches to their therapy continues. In order to determine the targets of therapy for recurrent depressive disorders, an examination of patients with recurrent depressive disorders was conducted. In the conditions of the Department of borderline psychiatry of the "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine" SI: 175 patients with recurrent depression were examined, among them 74.85 % were women and 25.15 % were men. The average age of the examinees was 46.79 years (women — 52.25, men — 41.32). Based on the assessment of clinical and psychological manifestations of recurrent depressive disorders and psychopathological aspects, the targets of therapeutic influence are established: the severity of a depressive episode (mild, moderate, severe), the specificity of psychotraumatic experiences, parameters of anti-vitality and vitality, structural features of adaptation potential.

На депресивні розлади, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), страждає понад 350 мільйонів осіб. Зростання кількості депресій та інших порушень психічного здоров'я прогресує в глобальних масштабах і призводить до збільшення фінансових витрат на лікування і реабілітацію хворих. За результатами досліджень, від депресії страждає 3,8 % населення, серед них 5 % дорослих та 5,7 % осіб старших за 60 років [1].

На сьогодні депресивні розлади посідають друге місце у світі серед усіх медичних причин інвалідності та смертності, а серед осіб молодого віку (до 45 років) депресивні розлади вийшли на перше місце за цими показниками [2]. За прогнозом ВООЗ, до 2030 року рекурентні депресивні розлади вийдуть на перше місце за показниками інвалідності та смертності [3].

В структурі депресивних розладів рекурентна форма депресії є патологією, що спостерігається у 15—25 % жінок і 6—12 % чоловіків [4—6]. У 86,1 %

пацієнтів, хворих на депресивні розлади, виникають повторні приступи (понад три). Слід зазначити, що у 10,5 % буває 10 депресивних епізодів і більше [4, 6]. Спостерігається пряма залежність між кількістю епізодів захворювання (фаз) і ризиком розвитку його рецидиву [7]. Від 30 до 50 % хворих не досягають інтермісії під час початкової терапії [8] або мають остаточні симптоми [9, 10]. Наслідками такого перебігу депресивного розладу може бути виражена соціальна дезадаптація з тенденцією до зниження оцінки показників здоров'я, насамперед психічного [11]. Велика поширеність рекурентних депресивних розладів (серед чоловіків — близько 6 %, серед жінок — до 15 %), схильність до частого рецидивування (у 85 % хворих відзначаються повторні епізоди), тенденція до затяжного перебігу, хроніфікація епізодів, обтяження перебігу соматичними розладами, коморбідність з іншими психічними розладами, а також проблеми, пов'язані зі збитками, які завдають ці розлади, зумовлюють значну актуальність для вивчення проблеми депресивних розладів та можливостей терапії депресії.

Як відомо, депресивні розлади характеризуються погіршенням настрою (що виражається у смутку, дратівливості, почутті спустошеності) або втратою інтересу до будь-яких занять протягом більшої частини дня, практично щодня, щонайменше двох тижнів поспіль. Може спостерігатися низка інших симптомів, зокрема зниження концентрації уваги, патологічне почуття провини чи низька самооцінка, зневіра у майбутнє, думки про смерть чи самогубство, порушення сну, зміни апетиту чи маси тіла і навіть відчуття вираженої втоми чи занепаду сил. Депресивні розлади часто проявляються у вигляді соматичних симптомів (наприклад, болю, втоми, слабкості). Проте такі соматичні симптоми не пов'язані з будь-яким іншим патологічним станом. Під час депресивного епізоду хворий зазнає значних труднощів у особистих взаєминах, сімейному житті, соціальних контактах, навчанні, роботі та/або інших важливих сферах життя. Залежно від кількості та важкості симптомів, а також їх впливу на повсякденне життя людини, розрізняють легкі, помірні та важкі депресивні епізоди.

Етіологія та патогенез депресивних епізодів та рекурентних депресивних розладів дотепер остаточно не встановлені. Формування депресивних розладів зумовлено поєднанням кількох факторів, як-от біологічні (конституціонально-генетичні), психологічні та соціальні.

Підвищений ризик розвитку депресії спостерігається у людей, які пережили життєві потрясіння (наприклад, безробіття, втрату соціального статусу, майна, психологічні травми). У свою чергу, депресія може призвести до підвищення рівня стресу та функціональних порушень, що лише погіршує життя хворого і, як наслідок, саму депресію. Встановлено взаємозв'язок між депресією та станом фізичного здоров'я. Відомо, що серцево-судинні захворювання можуть призводити до депресії, а депресія, в свою чергу, може спричиняти серцево-судинні захворювання.

Проведені дослідження щодо оцінки депресивних розладів свідчать, що вони спостерігаються приблизно у 25 % хворих психіатричних стаціонарів, у 65 % хворих амбулаторної психіатричної мережі і як мінімум у 10 % усіх хворих в загальносоматичних лікувальних закладах. Незважаючи на наявні відомі та ефективні методи лікування психічних розладів, понад 75 % людей у країнах з низьким та середнім рівнем доходу не отримують жодного лікування. До факторів, що перешкоджають ефективному лікуванню, належать брак ресурсів та підготовлених медичних працівників, а також соціальна стигматизація людей, які страждають на психічні розлади. В усіх країнах, незалежно від рівня доходу, у людей, які страждають на депресію, часто її не діагностують, і занадто часто цей діагноз ставлять тим, у кого депресії немає, але кому, незважаючи на те, що немає депресивних розладів, призначають антидепресанти [12].

На сучасному етапі є низка ефективних методів лікування депресії. Залежно від тяжкості та характеру депресивних епізодів, їх кількості використовують психологічну терапію (поведінкова активація, когнітивно-поведінкова терапія та міжособова психотерапія), призначають медикаментозне лікування антидепресантами.

Незважаючи на істотні досягнення в діагностиці, лікуванні та профілактиці психічних розладів, зокрема й депресивних, зменшення кількості психічних розладів не спостерігається. Чимала кількість психічних розладів в усіх країнах світу невпинно збільшується, що приводить до пошуків причин та визначення соціально значущих факторів ризику психічних розладів, уточнення клініко-психопатологічних особливостей перебігу та пошуків ефективніших засобів терапії.

Мета дослідження: визначення клініко-психопатологічних та патофизиологічних мішеней терапії при рекурентних депресивних розладах.

В умовах відділу пограничної психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України» обстежено 175 хворих на рекурентну депресію, серед з них 74,85 % жінок та 25,15 % чоловіків. Середній вік обстежених становив 46,79 років (жінок — 52,25, чоловіків — 41,32).

Клінічний перебіг поточного епізоду характеризувався наявною депресією різного ступеня виразності. Легкий перебіг поточного епізоду спостерігався у 64 хворих (F33.0), помірний епізод — у 46 хворих (F33.1), тяжкий епізод — у 65 хворих (F33.2).

Під час оцінювання клінічної картини рекурентного депресивного розладу увагу приділяли вивченню усього спектра клініко-психопатологічних проявів поточного епізоду. Структура клініко-психопатологічних проявів депресивного спектра у обстежених хворих на рекурентний депресивний розлад характеризувалася наявними афективними, мотиваційно-вольовими, когнітивними, психомоторними та соматичними порушеннями.

Легкий депресивний епізод характеризувався переважанням в структурі афективних проявів пригніченого настрою (100,00 %), що супроводжувався відчуттям туги (45,31 %); в структурі мотиваційно-вольових порушень переважали симптоми зниження продуктивності діяльності (29,68 %); в структурі когнітивного компонента переважали зниження концентрації уваги (25,00 %); психомоторні прояви характеризувалися проявами ретардації (сповільнення рухів тіла, зниження експресії обличчя, звуження комунікативної сфери) (23,43 %); в структурі соматичних проявів домінували розлади сну (46,87 %).

Клінічна картина помірною депресивного епізоду характеризувалась сполученням пригніченого настрою (100,00 %) з відчуттям напруги (43,47 %) в структурі афективних порушень; в структурі мотиваційно-вольової сфери — зменшенням активності та ініціативи (41,30 %); в структурі когнітивних порушень — психічною виснажливостю (28,26 %);

в структурі психомоторних проявів — ретардацією (сповільнення рухів тіла, зниження експресії обличчя, звуження комунікативної сфери) (50,00 %); в структурі соматичних проявів — розладами сну (60,86 %) та фізичною стомлюваністю (63,04 %).

Важкий депресивний епізод характеризувався сполученням в структурі афективних проявів відчуття туги (52,30 %) та пригніченого настрою (100,00 %); в структурі мотиваційно-вольової сфери переважали зменшення активності та ініціативи (66,15 %) та зниження продуктивності діяльності (67,69 %); когнітивні порушення характеризувались погіршенням пам'яті (40,00 %); психомоторні симптоми характеризувались наявністю ретардації (сповільнення рухів тіла, зниження експресії обличчя, звуження комунікативної сфери) (70,76 %); в структурі соматичних проявів переважали розлади сну (89,23 %) та фізична стомлюваність (92,30 %).

В результаті клініко-психопатологічного обстеження виокремлені провідні симптомокомплекси у хворих на рекурентні депресивні розлади: депресивний, астеничний, апатичний, тривожно-фобічний, соматовегетативний, іпохондричний.

Депресивний симптомокомплекс спостерігався в усіх 100,00 % обстежених пацієнтів і включав не лише зниження настрою, а й зниження зацікавленості до оточення, зниження задоволеності від речей, що раніше спричиняли захоплення, зниження загальної активності та ініціативи, відчуття невпевненості у собі, песимістичну оцінку майбутнього, а також порушення сну та апетиту.

Астеничний симптомокомплекс характеризувався психічною виснаженістю, загальною млявістю та зниженням енергії, фізичною втомлюваністю, зниженням концентрації уваги, погіршенням пам'яті, потребою докладати зусиль під час повсякденної діяльності, зниженням продуктивності діяльності, відчуттям постійної втоми.

Апатичний симптомокомплекс характеризувався втратою внутрішнього змісту власних дій, які реалізуються радше за звичкою, а не внаслідок бажання; ускладненням або неспроможністю приймати рішення; незацікавленістю в результатах власних дій; відчуттям байдужості до оточення та самого себе, зниженням потреби в спілкуванні.

В структурі тривожно-фобічного симптомокомплексу спостерігалось відчуття невмотивованої тривоги та страху, які виникали як в різних ситуаціях, так і за умов ймовірних наслідків, які пацієнти прогнозували як негативні, потреба уникати багатьох обставин, відчуття невпевненості у собі та своїх діях, страх погіршення власного стану або смерті, наявної невиліковної хвороби та неможливості отримати медичну допомогу.

Структура соматовегетативного симптомокомплексу характеризувалася наявними різноманітними вісцеральними проявами — кардіоваскулярними (кардіалгії, тахікардія, аритмії, коливання артеріального тиску), гастроінтестинальними (синдром подразнення кишкового тракту, дискінезії, абдомінальний біль), респіраторними (задишка, спазми в горлі), а також неприємними тілесними відчуттями (біль, напруга, важкість у тілі, оніміння тощо).

Іпохондричний симптомокомплекс характеризувався переважанням побоювань за стан свого здоров'я, песимістичним сприйняттям уявної або реальної патології та перебільшенням її негативних наслідків, домінуванням уявлень про небезпеку порушень внутрішніх органів, про несприятливі результати лікування, негативні соціальні наслідки, безперспективність лікування.

Залежно від важкості поточного депресивного епізоду встановлені відмінності синдромальної структури у хворих на рекурентні депресивні розлади (табл. 1).

Таблиця 1. Синдромальна структура рекурентних депресивних розладів (% ± m %)

Показник, який оцінюють	Всього (n = 175)	Легкий депресивний епізод (n = 64)	Помірний депресивний епізод (n = 46)	Важкий депресивний епізод (n = 65)
Депресивний синдром	100,0	100,00 ± 0,00	100,00 ± 0,00 <i>p</i> < 0,001**	100,00 ± 0,00 <i>p</i> < 0,001***
Астеничний синдром	37,14 ± 3,65	20,31 ± 5,07 <i>p</i> < 0,05*	43,48 ± 7,39 <i>p</i> < 0,05**	49,23 ± 6,25 <i>p</i> < 0,83***
Апатичний синдром	34,85 ± 3,6	17,18 ± 4,82 <i>p</i> < 0,001*	41,30 ± 7,34 <i>p</i> < 0,001**	47,69 ± 6,24 <i>p</i> < 0,44***
Тривожно-фобічний синдром	28,0 ± 3,39	62,50 ± 6,10 <i>p</i> < 0,001*	21,72 ± 6,15 <i>p</i> < 0,001**	30,77 ± 5,77 <i>p</i> < 0,78***
Соматовегетативний синдром	36,0 ± 3,62	51,56 ± 6,30 <i>p</i> < 0,01*	28,26 ± 6,71 <i>p</i> < 0,01**	26,15 ± 5,49 <i>p</i> < 0,21***
Іпохондричний синдром	20,57 ± 3,05	12,50 ± 4,17 <i>p</i> < 0,55*	19,56 ± 5,91 <i>p</i> < 0,01**	29,23 ± 5,69 <i>p</i> < 0,05***

Примітки. Тут і далі: *n* — кількість пацієнтів; дані наведені у форматі (% ± *m* %); відмінності (*p*) як порівняти: * — легкий та помірний депресивні епізоди, ** — легкий та важкий депресивні епізоди, *** — помірний та важкий депресивні епізоди. Відмінності вірогідні при *p* < 0,05

Депресивний синдром спостерігався в усіх 100,00 % обстежених, незалежно від важкості поточного епізоду. Структура легкого депресивного епізоду характеризувалась поєднанням депресивного синдрому з тривожно-фобічним (62,50 %) та соматовегетативним (51,56 %) синдромами. В структурі помірного епізоду депресивний синдром поєднувався з астеничним (43,48 %) та апатичним (41,30 %) синдромами. В структурі важкого депресивного синдрому разом з депресивним синдромом спостерігались астеничний (49,93 %), апатичний (47,69 %) та опхондричний (29,23 %) синдроми.

Під час обстеження встановлено, що пацієнти здебільшого пов'язують початок поточного депресивного епізоду з тими чи тими факторами психічної

травматизації, серед яких найбільше значення мають соціальні чинники.

Структура виявлених факторів психічної травмизації (табл. 2) характеризувалась переважанням факторів соціально-психологічного характеру — 48,57 % (зокрема, «невпевненість в завтрашньому дні», страх погіршення соціально-економічного становища в майбутньому / зміни умов життя загалом, інформація ЗМІ), факторів, що пов'язані зі власним здоров'ям або здоров'ям близьких (40,57 %), сімейними або особистісними проблемами — 36,0 % (зокрема, погіршення/незадоволеність матеріально-побутовим станом, погіршення/втрата соціального статусу), чинники, пов'язані з професійною діяльністю — 28,0 % та соціально-економічні чинники — 22,85 %.

Таблиця 2. Структура та частота факторів психічної травмизації у хворих на рекурентні депресивні розлади

Показник, який оцінюють	Частота факторів психічної травмизації, (% ± m %)			
	Всього (n = 175)	Легкий депресивний епізод (n = 64)	Помірний депресивний епізод (n = 46)	Важкий депресивний епізод (n = 65)
Соціально-психологічний	48,57 ± 3,77	59,70 ± 7,31 <i>p</i> < 0,001	65,21 ± 7,10 <i>p</i> < 0,5	26,15 ± 5,49 <i>p</i> < 0,001***
Психотравмуючі переживання, пов'язані з власним здоров'ям або здоров'ям близьких	40,57 ± 3,71	14,06 ± 4,38 <i>p</i> < 0,001*	39,18 ± 7,28 <i>p</i> < 0,001**	67,69 ± 5,85 <i>p</i> < 0,05***
Психотравмуючі переживання, пов'язані з сімейними або особистісними стосунками	36,0 ± 3,62	23,44 ± 5,34 <i>p</i> < 0,001*	50,00 ± 7,45 <i>p</i> < 0,21	38,46 ± 6,08 <i>p</i> < 0,42
Пов'язаний з професійною діяльністю	28,0 ± 3,39	42,18 ± 6,22 <i>p</i> < 0,001*	21,73 ± 6,15 <i>p</i> < 0,001**	18,46 ± 4,85 <i>p</i> < 0,79
Соціально-економічний	22,85 ± 3,17	29,68 ± 5,76 <i>p</i> < 0,92*	26,08 ± 6,55 <i>p</i> < 0,05	13,84 ± 4,32 <i>p</i> < 0,44

Детальний аналіз чинників психічної травмизації виявив певні їх відмінності залежно від ступеня виразності поточного депресивного епізоду. Структура встановлених факторів психічної травмизації при поточному легкому епізоді характеризувалась переважанням психотравмуючих чинників, пов'язаних з професійною діяльністю — 42,18 % (зокрема, звільнення / втрата роботи, напруженість / нерегулярність у навантаженнях) та соціально-економічних — 29,68 % (зокрема, погіршення / незадоволеність матеріально-побутовим станом, погіршення/втрата соціального статусу) чинників.

При помірному поточному депресивному епізоді переважали соціально-психологічні чинники у 65,21 % («невпевненість в завтрашньому дні», страх погіршення соціально-економічного становища в майбутньому / зміни умов життя загалом, інформація ЗМІ) та пов'язані з сімейними або особистісними стосунками — 50,00 % (розлучення, конфлікти подружжя, відсутність емоційної підтримки).

При важкому депресивному епізоді серед факторів психічної травмизації переважали факто-

ри, пов'язані зі здоров'ям, переважно власним, — 67,69 % та пов'язані з сімейними або особистісними стосунками — 38,46 % (зокрема, розлучення, конфлікти подружжя, відсутність емоційної підтримки).

З урахуванням клініко-психопатологічних особливостей перебігу рекурентних депресивних розладів та актуальності впливу психотравмуючих факторів проведена оцінка рівня стресостійкості та особливостей особистісного реагування на стрес за допомогою методики «Антивitalність і життєстійкість», яка дає змогу оцінити психологічні складові антивitalної поведінки та стримувальних факторів (життєстійкості).

На рисунку 1 графічно відображено виразність рівня антивitalних параметрів у обстежених пацієнтів.

За результатами обстеження встановлено, що загальний рівень виразності антивitalних тенденцій у хворих на рекурентні депресивні розлади дорівнював середньому (4,14 ± 0,63 стенов). В структурі параметрів антивitalності у пацієнтів з рекурентним депресивним розладом найвиразнішими були антивitalні

переживання, зокрема безпорадність ($5,8 \pm 0,76$ стевнів) та негативний образ сьогодення та майбутнього ($5,63 \pm 0,65$ стевнів). Окрім того, високими у хворих на рекурентні депресивні розлади визначались параметри антивітальної поведінки, як-от «самотність» ($5,34 \pm 0,62$ стевнів) та тривожні румінації ($5,1 \pm 0,66$ стевнів), а також антивітальні думки ($4,17 \pm 0,54$ стевнів). Тобто, хворі на рекурентні депресивні розлади виявляли посилення антивітальних тенденцій, що визначалось наявними антивітальними переживаннями безпорадності та негативним сприйняттям власного життя, свого минулого та майбутнього, відчуттям самотності, тривожними румінаціями, які, в свою чергу, оформлювались у вигляді антивітальних думок. Наявні переконання про себе як безпорадного перед перешкодами, сприйняття майбутнього як невизначеного та гнітючого, а власного минулого як негативного призводять до розвитку антивітальної поведінки у вигляді усамітнення, відсторонення від оточення, зниження активності, пасивності та песимістичності. Тривожні румінації у вигляді обмірковування досвіду неуспіху, невдач і подій, що турбують, ретроспективна фіксація на негативі посилюють емоційну напругу та сприяють її накопиченню. Антивітальна спрямованість особистості (переживання, думки та дії) формує антивітальний вектор активності (антивітальну поведінку), пов'язаний з несприятливою ситуацією соціального функціонування, несформованістю та/або виснаженням власних ресурсів компенсації самооцінки, подолання важкої життєвої ситуації (конструктивного подолання проблем).

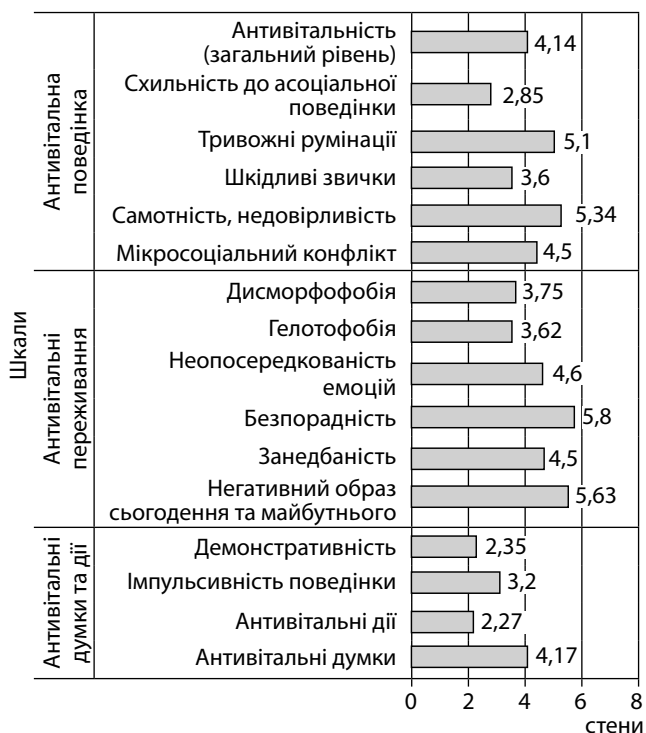


Рис. 1. Оцінка параметрів антивітальності у пацієнтів з рекурентними депресивними розладами (за результатами модифікованого варіанту методики «Антивітальність та життєстійкість»)

За параметром життєстійкості, що визначає фактори, які стримують антивітальні тенденції, а також виявляють компенсаторні механізми особистості, ресурси до подолання важких життєвих ситуацій, отримано, що його загальний рівень у хворих на рекурентні депресивні розлади дорівнював $3,9 \pm 0,51$ стевнів та за всіма із застосованих шкал був зниженим (рис. 2).

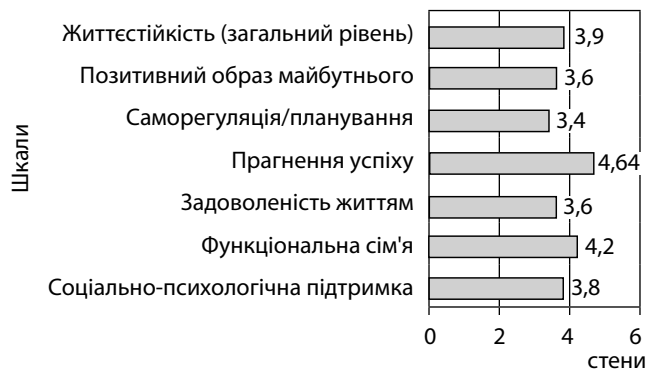


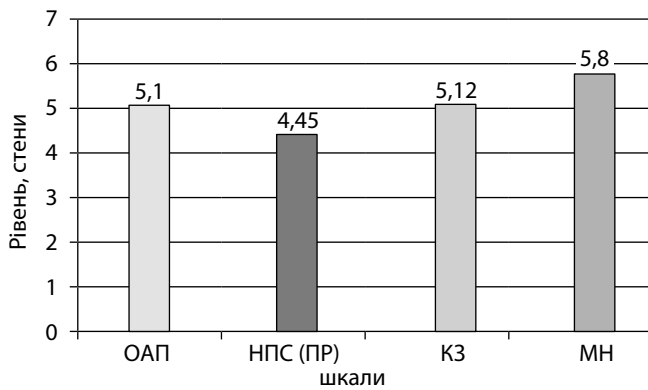
Рис. 2. Оцінка параметрів життєстійкості (за результатами модифікованого варіанту методики «Антивітальність та життєстійкість»)

Особливо низькими у хворих на рекурентні депресивні розлади виявлялись показники за шкалами «Саморегуляція/планування» ($3,4 \pm 0,45$ стевнів), «Позитивний образ майбутнього» ($3,6 \pm 0,5$ стевнів) та «Задоволеність життям» ($3,7 \pm 0,53$ стевнів).

Отримані дані свідчать, що ресурси до подолання перешкод та компенсаторні механізми хворих на рекурентні депресії виявлялись істотно зниженими: визначались низький рівень саморегуляції, неспроможність управляти, контролювати власний настрій та емоції, регулювати власну активність та діяльність; незадоволеність життям, відчуття виразного суб'єктивного дискомфорту, психічна напруга та відсутність позитивних емоцій; негативне сприйняття майбутнього, песимістичність в його прогнозах. Означені індивідуально-психологічні особливості посилюють емоційну напругу, сприяючи формуванню та посиленню депресивної симптоматики.

Результати дослідження адаптаційних можливостей обстежених, оцінку яких здійснювали за методикою Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність», графічно відображено на рисунку 3.

У обстежених хворих на рекурентні депресивні розлади визначався низький рівень особистісного адаптаційного потенціалу ($5,1 \pm 0,62$ стевнів). Серед характеристик особистісного потенціалу адаптації особливо зниженими у хворих на депресії виявились показники поведінкового регулювання (нерво-психічної стійкості) ($4,45 \pm 0,57$ стевнів). Тобто хворі на рекурентні депресивні розлади характеризувалися зниженням особистісних можливостей щодо регулювання своєї взаємодії з оточенням, проблемами з самооцінкою, нерво-психічною нестабільністю та відсутністю відчуття надійної підтримки з боку оточення, відчуття соціального схвалення.



Умовні позначення:

ОАП — особистісний адаптаційний потенціал; НПС (ПР) — нервово-психічна стійкість (поведінкова регуляція); КЗ — комунікативні здібності; МН — моральна нормативність

Рис. 3. Структурні особливості адаптаційного потенціалу обстежених (за результатами Багаторівневого особистісного опитувальника «Адаптивність»)

Отже, на ґрунті оцінки клініко-психологічних проявів рекурентних депресивних розладів та психопатологічних аспектів встановлені мішені терапевтичного впливу: виразність депресивного епізоду (легкий, помірний, важкий), синдромальна структура поточного депресивного епізоду, що включає поєднання депресивного синдрому з іншими синдромами (астенічним, апатичним, тривожно-фобічним, соматовегетативним, іпохондричним); специфіка психотравмуючих переживань; параметри антивітальності та життєстійкості, структурні особливості адаптаційного потенціалу.

Виявлені особливості свідчать про нагальну потребу комплексного підходу до терапії рекурентних депресивних розладів, який має включати не тільки засоби фармакотерапії (антидепресанти), але й психотерапію. Психотерапія має бути спрямована на зміну ставлення до психотравмуючих переживань, покращення параметрів антивітальності та життєстійкості, стимуляцію структурних особливостей адаптаційного потенціалу.

Список літератури

1. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx). URI: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b>.
2. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010 / Vos T., Flaxman A. D., Naghavi M. [et al.] // *Lancet*. 2012, 380 (9859): 2163–2196. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61729-2.
3. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization. 2017. 23 p. URI: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. World Health Organization. (2008). The global burden of disease : 2004 update. World Health Organization. URI: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43942>.

5. Профилактическая эффективность тianeptina при рекуррентной депрессии с частыми обострениями / Мосолов С. Н., Вертоградова О. П., Пантелеева Г. П. [и др.] // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2004; 104 (9). С. 32–38.

6. Lifetime Prevalence and Age-Of-Onset Distributions of Mental Disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative / Kessler R. C., Angermeyer M., Anthony J. C. [et al.] // *World Psychiatry*. 2007; 6 (3): 168–76. PMID: 18188442.

7. A novel augmentation strategy for treating resistant major depression / Shelton R. C., Tollefson G. D., Tohen M. [et al.] // *Am J Psychiat*. 2001; 158:131–34. DOI: 10.1176/appi.ajp.158.1.131.

8. Altamura A. C. The use of antidepressants for long-term treatment of recurrent depression: rationale, current methodologies, and future directions / A. C. Altamura, M. Percudani // *J Clin Psychiat*. 1993; 54 (8): 29–37. PMID: 8253703.

9. Число эпизодов как прогностический фактор риска развития рецидива при депрессивном и биполярном расстройстве: пожизненный прогноз (расширенный реферат) / [Кессинг Л. В., Хансен М. Г., Андерсен П. К., Ангст Дж.] // *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2008; 5.

10. Using Second-Generation Antidepressants to Treat Depressive Disorders: A Clinical Practice Guideline from American College of Physicians / Qaseem A., Snow V., Denberg T. D. [et al.] // *Ann Intern Med*. 2008; 149 (18): 725–33.

11. Fava C. A. The concept of recovery in major depression / Fava C. A., Ruini C., Belaise C. // *Psychol Med*. 2007; 48: 103–11. DOI: 10.1017/S0033291706008981.

12. Menza M. Residual symptoms in depression: Can treatment be symptom specific? / M. Menza, H. Marin, R. S. Opper // *J Clin Psychiatry*. 2003; 64: 516–23. DOI: 10.4088/jcp.v64n0504.

13. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys / Evans-Lacko S., Aguilar-Gaxiola S., Al-Hamzawi A. [et al.] // *Psychol Med*. 2018; 48(9): 1560–1571. DOI: 10.1017/S0033291717003336.

14. Social adjustment and self-esteem in remitted with mood disorders / Serretti A., Cavallini M. C., Macciardi F. [et al.] // *Eur Psychiatry*. 1999; 14: 137–42.

References

1. Institute of Health Metrics and Evaluation. *Global Health Data Exchange (GHDx)*. <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b>.
2. Vos T., Flaxman A. D., Naghavi M. et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013, 380 (9859): 2163–2196
3. World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. World Health Organization. (2008). *The global burden of disease : 2004 update*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43942>.
5. Mosolov S. N., Vertogradova O. P., Panteleeva G. P. i dr. Profilakticheskaya e'ffektivnost' tianeptina pri rekurrentnoj depressii s chasty'mi obostreniyami. *Zhurnal неврологии i psixiatrii im. S. S. Korsakova*. 2004; 104 (9): 32–8.

6. Kessler R.C., Angermeyer M., Anthony J.C. et al. Life-time Prevalence and Age-Of-Onset Distributions of Mental Disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007; 6 (3): 168–76. PMID: 18188442.

7. Shelton R. C., Tollefson G. D., Tohen M., Stahl S., Gannon K. S., Jacobs T.G., Buras W.R., Bymaster F.P., Zhang W., Spencer K. A., Feldman P. D., Meltzer H. Y. A novel augmentation strategy for treating resistant major depression. *Am J Psychiat*. 2001; 158(1):131–34. doi: 10.1176/appi.ajp.158.1.131.

8. Altamura A. C., Percudani M. The use of antidepressants for long-term treatment of recurrent depression: rationale, current methodologies, and future directions. *J Clin Psychiat*. 1993; 54 (8): 29–37. PMID: 8253703.

9. Kessing L.V., Xansen M.G., Andersen P.K., Angst Dzh. Chislo e'pizodov kak prognosticheskij faktor riska razvitiya recidiva pri depressivnom i bipolar'nom rasstrojstvx: pozhiznennyj prognoz (rasshirennyj referat). *Psixiatriya i psixofarmakoterapiya*. 2008; 5.

10. Qaseem A., Snow V., Denberg T. D. et al. Using Second-Generation Antidepressants to Treat Depressive Disorders: A Clinical Practice Guideline from American College of Physicians. *Ann Int Med*. 2008; 149 (18): 725–33.

11. Fava C. A., Ruini C., Belaise C. The concept of recovery in major depression. *Psychol Med*. 2007; 48:103–11.

12. Menza M., Marin H., Opper R.S. Residual symptoms in depression: Can treatment be symptom specific? *J Clin Psychiatry*. 2003; 64:516–23.

13. Evans-Lacko S., Aguilar-Gaxiola S., Al-Hamzawi A., et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med*. 2018; 48(9): 1560–1571.

14. Serretti A., Cavallini M. C., Macciardi F. et al. Social adjustment and self-esteem in remitted with mood disorders. *Eur Psychiatry*. 1999; 14:137–42.

Надійшла до редакції 12.05.2022

Відомості про авторів:

МАРУТА Наталія Олександрівна, доктор медичних наук, професор, заступник директора з науково-дослідної роботи Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), м. Харків, Україна; e-mail: mscience@ukr.net

ПАНЬКО Тамара Василівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: tamarapanko@ukr.net

СЕМІКІНА Олена Євгенівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України»; доцент кафедри клінічної неврології, психіатрії та наркології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна

ЗАВАЛКО Юрій Миколайович, кандидат медичних наук, Комунальне підприємство «Дніпропетровська багатопрофільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» Дніпропетровської обласної ради», м. Дніпро, Україна

Information about the authors:

MARUTA Nataliya, Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Director on Scientific Work of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Science of Ukraine" ("INPN of the NAMS of Ukraine" SI), Kharkiv, Ukraine; e-mail: mscience@ukr.net

PANKO Tamara, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Borderline Psychiatry of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: tamarapanko@ukr.net

SIEMIKINA Olena, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Borderline Psychiatry of the INPN of the NAMS of Ukraine" SI; Associate Professor of Department of clinic Neurology, Psychiatry and Narcology of the V. N. Karazin's Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

ZAVALKO Yuriy, MD, PhD, Municipal Enterprise "Dnipropetrovsk Multiprofile Clinical Hospital for Provision of Psychiatric Care" of the Dnipropetrovsk Regional Council", Dnipro, Ukraine