

4. Davidson P.R., Parker K.C. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 2001. – Vol. 69 (2). – P. 305–316.
5. Chemtob C.M., Tolin D.F. et al. Eye movement desensitization and reprocessing. In: E.A. Foa, T.M. Keane, M.J. Friedman [Eds.]. *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies.* – NY: Guilford Press, 2000. – P. 139–155, 333–335.
6. Van den Hout M.A., Engelhard I.M., Rijkeboer M. et al. Bilateral beeps and eye movements in EMDR: taxing of working memory and effects on negative recollections // *Behaviour Research and Therapy.* – 2011. – Vol. 49. – P. 92–98.
7. Stickgold R. EMDR: a putative neurobiological mechanism of action // *J. Clin. Psychol.* – 2002. – Vol. 58. – P. 61–75.
8. Barrowcliff A.L., Gray N.S. et al. Eye movements reduce the vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memories // *J. Forensic Psychiatry Psychol.* – 2004. – Vol. 15. – P. 325–345.
9. Engelhard I.M., van den Hout M.A., Smeets M. Taxing working memory reduces vividness and emotionality of images about the Queen's Day tragedy // *J. of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* – 2011. – Vol. 42. – P. 32–37.
10. Kavanagh D.J., Freese S. et al. Effects of visuospatial tasks on desensitization to emotive memories // *Br. J. of Clinical Psychology.* – 2001. – Vol. 40. – P. 267–280.
11. Maxfield L., Melnyk W.T., Hayman C.A. A working memory explanation for the effects of eye movements in EMDR // *J. of EMDR Practice and Research.* – 2008. – Vol. 2. – P. 247–261.
12. Schubert S.J., Lee C.W., Drummond P.D. The efficacy and psychophysiological correlates of dual-attention tasks in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) // *J. of Anxiety Disorders.* – 2011. – Vol. 25. – P. 1–11.
13. Stickgold R. Sleep-dependent memory processing and EMDR action // *J. of EMDR Practice and Research.* – 2008. – Vol. 2. – P. 289–299.
14. Bisson J., Roberts N.P., Andrew M. et al. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults (Review) // *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013. – DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub4.
15. Lee C.W., Cuijpers P. A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories // *J. of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry.* – 2013. – Vol. 44. – P. 231–239.
16. Rodenburg R., Benjamin A., de Roos C. et al. Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis // *Clinical Psychology Review.* – 2009. – Vol. 29. – P. 599–606.
17. Perm J. The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences // *J. List. Perm.* – 2014. – Vol. 18 (1). – Winter 2014 PMC3951033.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДА EMDR В ТЕРАПИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Ю.И. Мисула

В статье сделан обзор современных исследований по эффективности применения метода десенсибилизации и репроцессуализации травмы с помощью движения глаз (EMDR) при лечении посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР). Анализ исследований показал, что метод EMDR как инновационное клиническое лечение позволяет пациенту избавиться от основных симптомов ПТСР, в частности тревожности, страхов, психологических последствий травм и негативного отношения к жизни, утрашающих сновидений, болезненных навязчивых воспоминаний о прошлом, панических атак, повышенной раздражительности, перепадов настроения, психосоматических расстройств.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), метод EMDR (метод десенсибилизации и репроцессуализации травмы с помощью движения глаз), TFCBT (травмо-фокусированная когнитивно-поведенческая терапия), групповая когнитивно-поведенческая терапия (КПТ).

THE EFFICACY OF EMDR IN THE THERAPY OF POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER

Yu. Mysula

This article provides an overview of contemporary research on the effectiveness of the method of desensitization and reprocessualization injury using eye movement (EMDR) in the treatment of post-traumatic stress disorder. Analysis of the research showed that EMDR method as an innovative clinical treatment helps patients to get rid of the main symptoms of PTSD, including anxiety, fear, psychological trauma and negative attitude to life, frightening dreams, painful intrusive memories of the past, panic attacks, irritability, changes mood, psychosomatic disorders.

Key words: PTSD (post traumatic stress disorder), EMDR method (desensitization method and reprocessualization injury using eye movement), TFCBT (grass-focused cognitive-behavioral therapy), group CBT (cognitive-behavioral group therapy).

УДК:616.831-001.3-06:616.89-008.54

З.В. Салій, С.І. Шкробот

РОЛЬ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У СТРУКТУРІ НАСЛІДКІВ ТЯЖКОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль

Ключові слова: наслідки тяжкої черепно-мозкової травми, депресія, шкала HADS.

Актуальність дослідження ґрунтується на зростаючій кількості черепно-мозкових травм (ЧМТ), які у 90% пацієнтів мають довгострокові наслідки, зумовлюючи стійку втрату працездатності. Наслідки ЧМТ включають в себе широкий спектр функціональних порушень, які впливають на мислення, відчуття, моторику, мову та емоції. За даними Є.С. Чікіна [1] саме це є причиною зростання інвалідності на 17,9% через 2–9 років після гострого епізоду. Ряд авторів [2] зазначає, що незалежно від тяжкості травми у віддалений період психічні порушення переважають над неврологічними, визначаючи соціальну дезадаптацію аж до інвалідації.

Частота депресивних розладів, які виявляються в перші 12 місяців після ЧМТ, коливається від 20–30% [3] до 53,1% [4]. Аналогічний показник в загальній популяції становить 6,7% [5]. Розвиток депресії після ЧМТ погіршує результати відновлення функціонального та психосоціального здоров'я [6]. Попри певний прогрес у розумінні патофізіології спонтанної депре-

сії, розвиток якої пов'язують з атрофією конкретних ділянок мозку, в тому числі лімбічної системи, префронтальної кори, передньої поясної звивини [7], питання патофізіології посттравматичної депресії є менше вивченими. Використання об'ємного аналізу ділянок головного мозку встановило наявність кореляційних зв'язків між розмірами лівої ростральної

поясної звивини та орбітофронтальної кори та депресивними розладами. Регіони, пов'язані з депресивними симптомами в цьому експериментальному дослідженні, були аналогічні тим, які спостерігали при спонтанній депресії [8].

Багато фахівців вважають, що посттравматична депресія є більш стійкою до лікування, ніж спонтанна депресія, а зростання захворюваності виявляли через тривалі періоди після травми [9].

І в популяції, і після ЧМТ депресивні симптоми погіршують когнітивні функції [9]: насамперед страждає робоча і словесна пам'ять, швидкість обробки інформації [9, 10].

Мета дослідження: встановити роль депресивних розладів у структурі наслідків тяжкої ЧМТ.

Матеріали та методи дослідження

Для оцінки рівня тривоги та депресії проведено тестування 77 хворих у віддалений період тяжкої ЧМТ з використанням шкали HADS. Середній вік пацієнтів – 40,26±1,19 року, чоловіків було 89,6%. Період після травми становив 6,56±0,59 року. Дизайн дослідження передбачав детальний збір анамнезу (освіта, сімейний стан, наявність роботи, ступінь стійкої втрати працездатності), проведення загальноклінічного та неврологічного обстеження, виділення провідного неврологічного синдрому чи їх поєднання. Для оцінки стану когнітивних функцій використовували Монреальську шкалу когнітивного дефіциту (MoCA). Середній бал за шкалою MoCA у пацієнтів становив 21,53±0,49 бала, що нижче значення норми – 26,12±0,43 бала і відповідає легкому когнітивному зниженню.

Якість життя оцінювали за результатами електронної обробки опитувальника SF-36. Структурно SF-36 містить 36 питань, розділених на 8 шкал: фізичне функціонування (PF), рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (RP), інтенсивність болю (BP), загальне здоров'я (GH), життєва активність (VT), соціальне функціонування (SF), рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (PE), і психічне здоров'я (MH). Перші чотири шкали свідчать про стан фізичного здоров'я, інші чотири – психічного.

Статистична обробка результатів виконана у відділі системних статистичних досліджень ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України» за допомогою програмного пакета Statsoft Statistica.

Результати та їх обговорення

За результатами тестування HADS рівень тривоги у пацієнтів становив 9,61±0,35 бала, депресії – 7,90±0,37 бала, що відповідає субклінічним проявам даних розладів. Встановлено пряму кореляційну залежність тривоги/депресія ($r=+0,55$) та слабкий зворотний кореляційний зв'язок між значенням MoCA-тесту та рівнем депресії ($r= -0,21$).

Аналізуючи отримані результати, автори виділили три групи: I (n=36) – із значеннями, що не виходили за межі норми – 5,29±0,26 бала; II (n=25) – з субклінічними – 8,88±0,15 бала; III (n=15) – клінічними проявами депресії – 12,73±0,52 бала. Таким чином, у 51,9% хворих з наслідками тяжкої ЧМТ зафіксовано результати, що відповідали клінічним та субклінічним проявам депресії. Значення окремих клінічних характеристик у виділених групах представлено в таблиці 1.

Достовірної різниці між віком пацієнтів та тривалістю посттравматичного періоду в групах зафіксовано не було, однак за умови клінічно вираженої депресії пацієнти продемонстрували достовірно вищий ($p<0,05$) рівень тривоги (клінічно виражений) та достовірно нижчі ($p<0,05$) значення когнітивного функціонування. У групі з субклінічно вираженою депресією лише показник тривоги достовірно різнився від значень груп порівняння ($p<0,05$). У групі з клінічно вираженою депресією встановлено такі кореляційні співвідношення: депресія/термін травми $r= +0,43$, депресія/вік пацієнта $r= -0,37$.

Зважаючи на відхилення в значеннях шали MoCA в групах, автори проаналізували розподіл хворих за освітнім рівнем, який міг бути одним із факторів, що вплинули на результат. Однак відсоток хворих з вищою освітою мав таку динаміку: I група – 16,2%, II група – 32%, III група – 20%; з середньою освітою – 24,8%, 24% та 20% відповідно, що спростувало дане припущення. Автори також обрахували кореляційні зв'язки між значеннями депресія/сумарний бал MoCA-тесту у хворих з різним ступенем освіти та отримали такий результат: з середньою освітою ($r= -0,42$), середньою спеціальною освітою ($r= -0,22$), вищою ($r= -0,19$). Це дозволило припустити, що у хворих з наслідками тяжкої ЧМТ депресія здійснювала негативний вплив на стан когнітивних функцій, особливо за умови низького освітнього рівня.

З метою встановлення характеру впливу депресивного розладу на багатогранний інтегративний показник –

Таблиця 1. Клінічна характеристика груп хворих з наслідками тяжкої ЧМТ

Група пацієнтів за результатами HADS	Клінічні характеристики			
	Вік, роки	Тривалість посттравматичного періоду, роки	Рівень тривоги (HADS), бали	Значення MoCA, бали
I – норма (n=37)	39,46±1,85	6,17±0,73	8,10±0,46	22,21±0,70
II – субклінічно виражена депресія (n=25)	40,40±1,83	6,58±1,26	10,04±0,42 p1-2<0,05 p2-3<0,05	21,72±0,62 p1-2>0,05 p2-2>0,05
III – клінічно виражена депресія (n=15)	42,40±2,81	7,50±1,27	12,60±0,73 p1-3<0,05 p2-3<0,05	19,53±0,46 p1-3<0,05 p2-3<0,05

якість життя, отримані при обчисленні шкали SF-36 дані у зазначених вище групах подали у вигляді графічної залежності (рисунок).

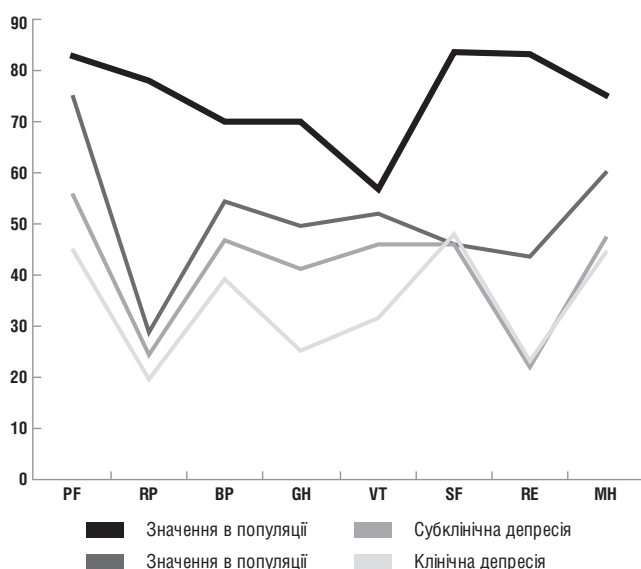


Рисунок. Значення шкали SF-36 у групах хворих залежно від результатів HADS (норма, субклінічно та клінічно виражена депресія)

У пацієнтів усіх груп зафіксовано певні закономірності у відхиленні значень шкали якості життя від популяційних. За наявності субклінічно і клінічно вираженої депресії достовірно нижчими були значення фізичного функціонування, загального і психічного здоров'я, життєвої активності. Не зазнавали достовірних змін показники соціального функціонування, рольового функціонування, зумовленого фізичним станом. Незважаючи на низькі значення в групі з клінічно вираженою депресією, тільки у хворих з субклінічними її проявами достовірно нижче ($p < 0,05$) був показник рольового функціонування, зумовленого емоційним фактором. Однак хворі з клінічно вираженою депресією достовірно вище ($p < 0,05$) оцінювали рівень больових відчуттів.

Високий відсоток пацієнтів із депресією спонукав до пошуків факторів (як соціальних, так і клінічних), які могли бути причиною даного явища. Авторами не встановлено достовірної різниці між показниками HADS в групах одружених хворих ($n=54$) і тих, хто не має сім'ї ($n=23$): тривога – $9,50 \pm 0,37$ та $9,89 \pm 0,81$ бала відповідно;

депресія – $7,94 \pm 0,40$ та $7,82 \pm 0,82$ бала. Проте відсоток хворих з клінічно вираженою депресією був нижчим у групі одружених – 18,5% проти 21,7% відповідно.

Мали постійну роботу 20 (26%) пацієнтів, не працювали – 57 (74%). Третю групу інвалідності мали 42 (54,5%) хворих, другу – 18 (23,4%), – ще двоє (2,6%). За шкалою HADS вираженість тривоги і депресії у працюючих – $9,35 \pm 0,57$ і $7,90 \pm 0,68$ бала, у непрацюючих – $9,71 \pm 0,43$ і $7,91 \pm 0,44$ бала відповідно, показники без достовірної різниці ($p > 0,05$). Не було відмінностей і у відсотковому співвідношенні поширеності суб- та клінічно вираженої депресії серед вказаних груп. Пацієнти обох груп були репрезентативними за віком: $39,35 \pm 2,55$ року – працюючі і $40,58 \pm 1,35$ року – непрацюючі ($p > 0,05$). Із наростанням ступеня втрати працездатності фіксували певні відмінності в значеннях шкали HADS. Так, у хворих з I групою інвалідності її результати відповідали клінічно вираженій депресії, з II та III групою – субклінічно вираженій: $8,05 \pm 0,63$ та $7,93 \pm 0,49$ бала відповідно. У пацієнтів, які не були визнані інвалідами, значення наближалось до норми – $7,23 \pm 0,93$ бала.

Обрахунок результатів тестування за шкалою HADS у пацієнтів залежно від варіанту перебігу наслідків ЧМТ (стаціонарний, пароксизмальний) не зафіксував достовірної різниці.

За провідним клінічним синдромом чи їх поєднаннями розподілили пацієнтів на 7 груп: I група – з провідним лікворно-гіпертензійним ($n=6$), II група – вогнищевим ($n=21$), III група – вестибуло-атактичним синдромом ($n=8$), IV група – поєднанням вогнищевого і судомного синдромів ($n=15$), V група – вогнищевого і психо-патологічного ($n=14$), VI група – вогнищевого і лікворно-гіпертензійного ($n=7$), VII група – вогнищевого, судомного і психо-патологічного синдромів ($n=6$). Значення шкали HADS у групах хворих наведено в таблиці 2.

Значення шкали, які відповідали нормі, встановлені у групах з поєднанням вогнищевого й судомного та вогнищевого й лікворно-гіпертензійного синдромів. Найвищі значення серед наведених груп були за умови провідного вестибуло-атактичного та лікворно-гіпертензійного синдромів. Пацієнти з комбінацією вогнищевого й психопатологічного, а також вогнищевого, судомного й психопатологічного синдромів продемонстрували результат, який відповідав субклінічним проявам депресії. У цих же групах був найнижчий рівень когнітивного

Таблиця 2. Значення шкали HADS та MoCA тесту у групах хворих з наслідками тяжкої ЧМТ залежно від провідного клінічного синдрому

Група хворих, провідний синдром	Шкала HADS		MoCA-тест, бал
	Тривога, бал	Депресія, бал	
I – лікворно-гіпертензійний ($n=6$)	$9,83 \pm 0,79$	$9,17 \pm 0,58$	$23,83 \pm 0,65$
II – вогнищевий ($n=21$)	$9,66 \pm 0,73$	$7,76 \pm 0,71^*$	$22,81 \pm 0,39$
III – вестибуло-атактичний ($n=8$)	$10,00 \pm 1,24$	$9,62 \pm 0,16$	$22,50 \pm 0,73$
IV – вогнищевий + судомний ($n=15$)	$9,47 \pm 0,72$	$6,87 \pm 0,64^*$	$23,87 \pm 0,52$
V – вогнищевий + психопатологічний ($n=14$)	$10,07 \pm 0,87$	$8,71 \pm 0,96$	$16,06 \pm 0,79^*$
VI – вогнищевий + лікворно-гіпертензійний ($n=7$)	$9,00 \pm 1,60$	$5,86 \pm 0,24^*$	$26,43 \pm 0,78$
VII – вогнищевий + психопатологічний + судомний ($n=6$)	$9,17 \pm 0,91$	$8,66 \pm 0,91$	$13,33 \pm 1,58^*$
		$p_{II-III} < 0,05$ $p_{IV-I,III,IV} < 0,05$ $p_{VI-I,II,III,V,VI} < 0,05$	$p_{V-I,II,III,IV,VI} < 0,05$ $p_{VII-I,II,III,IV,VI} < 0,05$

Примітка: * – достовірність різниці.

функціонування за МоСА-тестом. Це, можливо, і є поясненням того факту, що за умови тяжкого неврологічного дефіциту пацієнти показали кращий результат шкали HADS. Частковим підтвердженням цьому може бути обчислений у вказаних групах кореляційний зв'язок депресія/МоСА-тест ($r = -0,58$). За ступенем вираженості тривоги достовірної різниці встановлено не було, усі пацієнти показали субклінічний її рівень.

Висновки

1. У 51,9% хворих з наслідками тяжкої ЧМТ зафіксовано результати, що відповідали клінічним та субклінічним проявам депресії.

2. Наявність депресивного розладу у хворих з наслідками тяжкої ЧМТ сприяла погіршенню когнітивних функцій, особливо за умови низького освітнього рівня.

3. Зафіксовано негативний вплив суб- і клінічно вираженої депресії на більшість рубрик шкали SF-36, що може бути причиною соціальної дезадаптації.

4. Не встановлено достовірної залежності вираженості депресії від ступеня стійкої втрати працездатності, наявності сім'ї, варіанту перебігу віддаленого періоду ЧМТ. Найвищі середні значення рівня депресії були у групах хворих з провідним лікворно-гіпертензійним та вестибуло-атактичним синдромом.

Перспективним є подальше поглиблене дослідження даної проблеми зі встановленням можливого впливу

морфометричних характеристик головного мозку на виникнення та вираженість депресивного розладу.

Список використаної літератури

1. Чикина Е.С., Левин В.В. Черепно-мозговые травмы: применение современных ноотропных препаратов в острый период и при лечении посттравматической энцефалопатии // Врач. – 2005. – №11. – С. 12–15.
2. Даминов В.Д., Германович В.В. Применение глатилина в комплексном лечении больных, перенесших черепно-мозговую травму // Фарматека. – 2007. – №15 (149). – С. 70–73
3. Ashman T.A., Cantor J.B., Gordon W.A. et al. A randomized controlled trial of sertraline for the treatment of depression in persons with traumatic brain injury // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. – 2009. – Vol. 90 (5). – P. 733–740.
4. Bombardier C.H., Fann J.R., Temkin N.R. et al. Rates of major depressive disorder and clinical outcomes following traumatic brain injury // J. of the Am. Med. Association. – 2010. – Vol. 303 (19). – P. 1938–1945.
5. Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O. et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // Archives of General Psychiatry. – 2005. – Vol. 62 (6). – P. 617–627.
6. Franulic A., Carbonell C.G. et al. Psychosocial adjustment and employment outcome 2, 5 and 10 years after TBI // Brain Injury. – 2004. – Vol. 18 (2). – P. 119–129.
7. Kronenberg G., Tebartz van Elst L., Regen F. et al. Reduced amygdala volume in newly admitted psychiatric in-patients with unipolar major depression // J. of Psychiatric Research. – 2009. – Vol. 43 (13). – P. 1112–1117.
8. Hudak A., Warner M., Marquez de la Plata C. et al. Brain morphology changes and depressive symptoms after traumatic brain injury // Psychiatry Research: Neuroimaging. – 2011. – Vol. 191. – P. 160–165.
9. Koponen S., Taiminen T., Kurki T. et al. MRI findings and Axis I and II psychiatric disorders after traumatic brain injury: a 30-year retrospective follow-up study // Psychiatry Research. – 2006. – Vol. 146 (3). – P. 263–270.
10. Holsinger T., Steffens D., Phillips C. et al. Head injury in early adulthood and the lifetime risk of depression // Archives of General Psychiatry. – 2002. – Vol. 59. – P. 17–22.

РОЛЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В СТРУКТУРЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

З.В. Салий, С.И. Шкробот

Цель исследования: установить роль депрессивных расстройств в структуре последствий тяжелой черепно-мозговой травмы (ЧМТ).

Материал и методы. Провели обследование 77 больных в отдаленный период тяжелой ЧМТ. Средний возраст пациентов – (40,26±1,19) года, мужчин было 89,6%. Период после травмы составил (6,56±0,59) года. Дизайн исследования предусматривал детальный сбор анамнеза (образование, семейное положение, наличие работы, степень потери трудоспособности), проведение общеклинического и неврологического обследования, а также тестирование с использованием шкал (HADS, Монреальской шкалы когнитивного дефицита – МоСА, качества жизни SF-36).

Результаты. У 51,9% больных с последствиями тяжелой ЧМТ получены результаты, соответствующие клиническим и субклиническим проявлениям депрессии. Наличие депрессивного расстройства у больных способствовало ухудшению когнитивных функций, особенно при условии низкого образовательного уровня. Зафиксировано негативное влияние суб- и клинически выраженной депрессии на большинство рубрик шкалы качества жизни SF-36.

Не установлено достоверной зависимости выраженности депрессии от степени потери трудоспособности, наличия семьи, варианта течения отдаленного периода ЧМТ. Высокие средние значения уровня депрессии были в группах больных с ведущим ликворно-гипертензионным и вестибуло-атактическим синдромом.

Вывод. Депрессивные расстройства занимают ведущее место в структуре последствий тяжелой ЧМТ, негативно влияя на когнитивные функции и ухудшая качество жизни, что может быть причиной социальной дезадаптации данной категории пациентов

Ключевые слова: последствия тяжелой черепно-мозговой травмы, депрессия, шкала HADS.

THE ROLE OF DEPRESSIVE DISORDERS IN STRUCTURE OF SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY CONSEQUENCES

Z. Saliy, S. Shkrobot

Objective: to establish the role of depressive disorders in the structure of severe traumatic brain injury (TBI) consequences.

Materials and Methods. 77 patients were observed in the late period of severe TBI. An average age of patients was (40,26±1,19) years. 89.6% of them were male. The period after the injury was (6,56±0,59) years. Study design included a detailed medical history (education, marital status, presence of degree of disability), general clinical and neurological examination and testing Scale (HADS, Montreal scale cognitive deficits – MoCA, quality of life SF-36).

The results. 51.9% of patients with severe TBI sequences had results of clinical and subclinical manifestations of depression. The presence of depressive disorder in patients contributed to the deterioration of cognitive functions, especially at low educational level. Negative effect of sub depression and clinically significant depression on most categories of quality of life scale SF-36 was established.

There was no significant dependence between the degrees of depression and level of disability, marital status, variants of the course of late period of TBI. The highest average values of depression were in groups of patients with CSF-hypertensive and vestibule-atactic leading syndrome.

Conclusion. Depressive disorders are prominent in the structure of the consequences of severe brain injury, adversely affecting cognitive function and worsening quality of life that may be the cause of social exclusion in this category of patients.

Key words: late period of severe traumatic brain injury, depressive disorders, HADS.