

УДК 616.895.4–072.8–08:615.851

О. М. КИРЄЄВА

ОСОБЛИВОСТІ ПРЕДИКТОРІВ ПОВТОРНОГО ЕПІЗодУ РЕКУРЕНТНОГО ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ У ПРОДРОМАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

КЛПУ «Міська психоневрологічна лікарня № 2», Донецьк

У хворих із рекурентним депресивним розладом в анамнезі встановлено наявність передвісників — предикторів — повторного депресивного епізоду в продромальному періоді, які допомагають своєчасній діагностиці захворювання та формуванню специфічної системи його профілактики. Досліджено особливості таких предикторів, виділено їх категорії залежно від семіотики проявів та сфери порушень, клінічні варіанти продромального періоду повторного епізоду рекурентного депресивного розладу.

Ключові слова: рекурентний депресивний розлад, депресія, предиктори повторного депресивного епізоду, психічна патологія, модель синдромогенезу, синдромокінезу та синдромотаксису.

Останнім часом відзначається збільшення поширеності депресій як серед населення України, так і в усьому світі. Частішає виникнення рекурентного депресивного розладу. Проте, незважаючи на очікуваність повторення депресивного епізоду, він зазвичай виявляється лікарями лише в період розгорнутих клінічних проявів, що завдає немалих страждань хворому та становить загрозу для його життя через ймовірність самогубства. Лікування розгорнутої депресії завдає великих матеріальних і соціальних збитків та потребує більшого часу для лікування, ніж купірування епізоду на початковій стадії або, ще краще, у продромальному періоді — періоді передвісників, яке по суті було б спрямоване на недопущення розвитку розгорнутого депресивного епізоду [4, 5].

Рання діагностика і завчасне виявлення депресій — до розвитку картини розгорнутих клінічних проявів — має бути завданням сучасної клінічної

психіатрії. Це питання є найбільш актуальним, якщо мова йде про ендogenous депресії і, зокрема, про рекурентний депресивний розлад.

Однак цілісних уявлень щодо передвісників депресивного епізоду, передуючих семіотичних знаків розгорнутої картини хвороби, які були б здатні допомогти в ранній діагностиці захворювання, досі не сформовано, у літературі трапляються лише окремі дослідження. Так, згадуються клінічні предиктори хронічних депресій — диференційно-діагностичні ознаки, які дозволяють вчасно виявляти хроніфікацію депресій, в тому числі клінічні феномени — алексифілія та псевдосуїцидальність. До передвісників депресивного епізоду — симптомів, які дозволяють передбачити початок депресивного епізоду, відносять зміни настрою [1–3, 5].

Найчастіше перші епізоди депресивного розладу спричинені зовнішньою провокацією, зокрема, психотравмуючими обставинами, проте

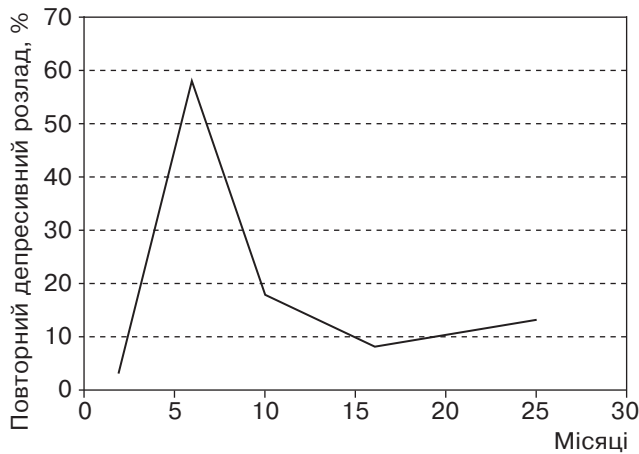


Рис. 1. Графік повторення депресивного розладу залежно від часу після останнього депресивного епізоду

у виникненні і розвитку повторних депресивних станів переважають чинники, не пов'язані із зовнішніми обставинами,— тож, за відсутності прив'язки до конкретної події, передбачити їх важче [6].

Мета дослідження — виявлення та аналіз предикторів повторного епізоду рекурентного депресивного розладу та побудова моделі їх синдромогенезу, синдромокінезу та синдромотаксису.

На базі Комунальної лікувально-профілактичної установи «Міська психоневрологічна лікарня № 2» м. Донецька обстежено 100 пацієнтів віком від 35 до 65 років із діагнозом рекурентний депресивний розлад в анамнезі.

У дослідженні застосовано клініко-психопатологічний, психодіагностичний, анамнестичний, катамнестичний, статистичні методи.

Згідно з результатами проведеного дослідження було встановлено, що у розвитку повторних

Таблиця 1

Категорії передвісників повторного епізоду рекурентного депресивного розладу за симптомами

Категорії розладів	Класифікація	Прояви	Частота, %
Афективні передвісники	Позитивна (патологічно продуктивна) афективність	Афект туги, тривоги, ворожість, гнів	80,0
	Негативна афективність	Апатія, ангедонія	20,0
Порушення мислення	Кількісні передвісники	Зниження темпу мислення, швидкості течії та структурне спрощення асоціацій	50,0
	Ідеаторні передвісники	Ідеї малоцінності, самоприниження Іпохондричні ідеї Песимістичне сприйняття майбутнього, очікування неприємностей, біди Ідеї зубожіння Депресивний моноідеїзм суїцидальні ідеї	50,0
Соматичні передвісники	Вегетативні	Симпатикотонія, зміна апетиту, порушення сну	42,0
	Ендокринні	Гіперкортицизм; порушення функції щитовидної залози; зниження функції статевих залоз — зменшення статевого потягу, аменорея; гіперглікемія або підвищення цукру в крові порівняно з періодом благополуччя	15,0
Мотиваційно-вольові передвісники		Дефіцит спонукань, зменшення статевого потягу, втрата контролю над апетитом, порушення цілеспрямованої діяльності	28,0
Когнітивні передвісники		Зниження пам'яті, уваги, інтелектуальної діяльності	58,0
Порушення сприйняття	Психосенсорні передвісники	Дереалізація, деперсоналізація Сприйняття оточуючих кольорів бляклими, в похмурих, темних тонах	37,0
	Гіперестезивні передвісники	Зниження порогу сприйняття подразників	30,0
	Сенестопатичні передвісники	Болі чи неприємні відчуття у голові, спині, животі, серці, сонячному сплетінні тощо	24,0

епізодів рекурентного депресивного розладу в 20,0% хворих доволі виражено виявлявся індивідуальний або сезонний ритм.

Більшість випадків повторення депресивного розладу спостерігалися через півроку після останнього депресивного епізоду. Так, у 3,0% хворих повторення депресивного епізоду визначено через $2,6 \pm 0,33$ міс, у 60,0% — через $6,16 \pm 0,10$ міс, у 16,0% — через $10,81 \pm 0,29$ міс, 8,0% — через $15,75 \pm 0,82$ міс, у 13,0% — через два роки і більше (рис. 1).

Безперечно, це дає підставу говорити про необхідність ретельного контролю за пацієнтами через 5–7 міс після останнього депресивного епізоду. У 95,0% хворих виявлялися симптоми, які ми трактуємо як передвісники депресивного епізоду при рекурентному депресивному розладі, вони не відповідали критеріям депресії й часто передували виникненню повторного депресивного епізоду, частково редукуючись на тлі повної клінічної картини депресії або розгортаючись у клінічні симптоми депресії.

Вже у продромальному періоді в обстежених спостерігалися симптоми депресивного розладу — поганий настрій, зниження рухової активності, психічної діяльності, хоча у менших для постановки діагнозу кількості і вираженості, але через 1–1,5 міс у 75,0% хворих вони розгорталися у повноцінний депресивний епізод. Це дає привід більш насторожено ставитись до стертих проявів депресії у хворих на рекурентний депресивний розлад та починати лікування ще за слабких проявів хвороби.

Порушення сну відзначалося в 98,0% випадків продромального періоду. Спостерігалися гіперсомнія без відчуття відпочинку (52,0%), інсомнія (48,0%), жахливі сновидіння (36,0%).

Слід зазначити, що порушення в афективній сфері також траплялися у більшості (85,0%) випадків, тож можна говорити про те, що цей симптом є важливим у виявленні початку розвитку рекурентного депресивного епізоду за умов наявності хоча б одного депресивного епізоду в анамнезі. Так, у 34,0% пацієнтів відзначалася тривога, у 32,0% — туга, ворожість з елементами гніву домінувала у 14,0%, апатія — у 20,0% пацієнтів.



Рис. 2. Діаграма розподілення клінічних варіантів продромального періоду

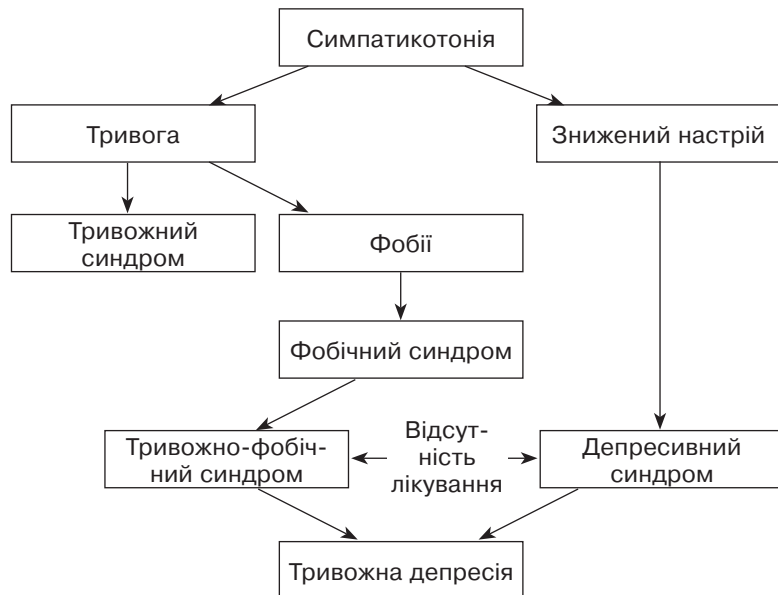


Рис. 3. Модель синдромогенезу, синдромокінезу та синдромотаксису психовегетативного варіанту продромального періоду

Зниження здатності до зосередження і уваги, порушення пам'яті відзначалися у 58,0% пацієнтів у продромальному періоді і прогресували у міру розвитку хвороби.

Формальне порушення мислення вже у продромальному періоді спостерігалось у 50,0% пацієнтів, серед них висловлювання про самогубство траплялися у 35,0% хворих із депресивним рекурентним розладом в анамнезі й в усіх випадках передували і зберігалися в період розгорнутих клінічних проявів депресії. З них 28,0% хворих намагалися втілити свої наміри у життя. На нашу думку, перше ж висловлювання про самогубство у хворих на рекурентний депресивний розлад

можна вважати початком повторення депресивного епізоду, що має негайно піддаватися лікуванню.

Наявні передвісники можна розділити на шість категорій (табл. 1).

Проведене дослідження дало змогу виділити шість варіантів продромального періоду, симптоми якого виникали у пацієнтів після періоду благополуччя і протягом 1–2 міс розгортались у вигляді депресії, що дозволило розцінити їх як передвісники рекурентного депресивного епізоду (рис. 2).

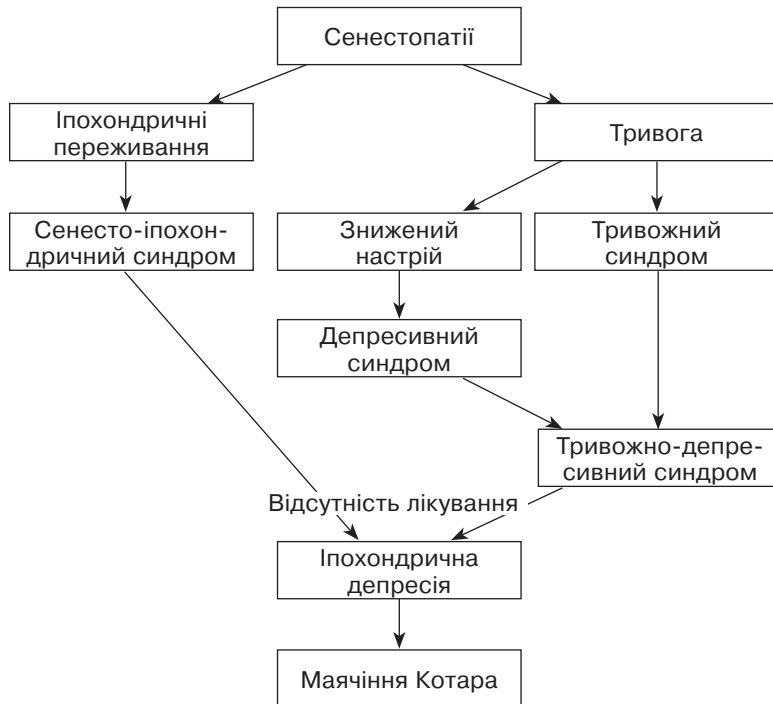


Рис. 4. Модель синдромогенезу, синдромокінезу та синдромотаксису інтероцептивного варіанту продромального періоду

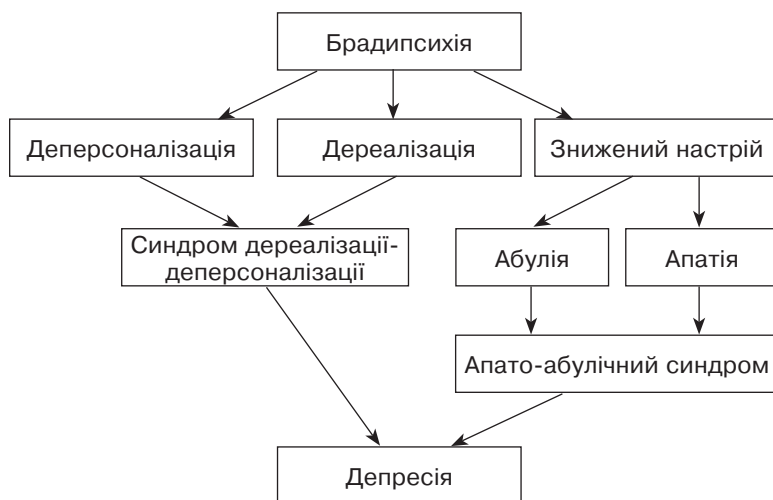


Рис. 5. Модель синдромогенезу, синдромокінезу та синдромотаксису деперсоналізаційно-дереалізаційного варіанту продромального періоду

1. Психовегетативний варіант — домінування проявів збудження симпатичного відділу вегетативної нервової системи (рис. 3).

Нездужання починалося зі симпатикотонічного комплексу, який для цього варіанту продромального періоду відігравав роль симптомів першої хвили. Підвищувався або ставав нестабільним артеріальний тиск, що клінічно виявлялося артеріальною гіпертензією та гіпертонічними кризами, порушувалася робота системи травлення, відзначалися запори, спостерігалися порушення серцевої діяльності, збільшувалося число серцевих скорочень, що суб'єктивно відчувалося серцебиттям, визначався гіпергідроз, хворі відчували сухість у роті, пацієнти скаржилися на порушення статевої функції у вигляді передчасної еякуляції. Психовегетативний варіант продромального періоду рекурентного депресивного епізоду відзначався у 10,0 % хворих. У 2,0 % пацієнтів симптоми виникали гостро, у 8,0 % — наростали поступово.

При цьому варіанті продромального періоду брадипсихія, думки самовинувачення не були характерними дуже довго і навіть у період розгорнутої клінічної картини хвороби виявлялися менш яскраво, ніж при інших варіантах. Симптоми первинної хвили зберігалися протягом хвороби майже без змін, проте згодом у другу хвилю симптомів продромального періоду з'являлися відчуття тривоги, нападopodobні необґрунтовані страхи, турбували сновидіння із жахами, знижувався настрій.

2. Інтероцептивний варіант — домінування скарг на соматичне самопочуття, незвичайні та неприємні відчуття у тілі, турботи про своє здоров'я, виникнення страху смерті. Неприємні відчуття могли бути найрізноманітнішими — хворих турбували біль у голові чи серці, тяжкість у сонячному сплетінні, відчуття печії у спині та плечах, недиференційовані мігруючі болі у животі. Ці відчуття або мали поширений, необкреслений характер і важко піддавалися конкретному опису, або були схильні до міграції. Неприємні відчуття згодом посилювалися і вже при другій хвилі хвороби ідентифікувалися хворими як нестерпні, такі, що заважали життєдіяльності (рис. 4).

Погіршувалося загальне самопочуття: хворі скаржилися на неможливість піднятися з ліжка, відчували жар у тілі, нудоту. Знижений настрій поєднувався з відчуттям неспокою та тривоги. Майже завжди цей варіант продромального періоду реалізовувався до іпохондричного та сенестопатичного синдромів, а у вкрай тяжких випадках — до мажачіння Котара (рис. 5). Цей варіант продромального періоду рекурентного депресивного епізоду відзначався у 20,0% хворих.

3. Деперсоналізаційно-дереалізаційний — варіант, при якому на тлі зниженого настрою та наростаючої брадипсихії домінували скарги на постійні або періодичні відчуття деперсоналізації, дереалізації. Хворі відзначали зміну сприйняття простору і часу, соматопсихічної дисоціації, психічної анестезії, відчуття психічного автоматизму, неприродності, «зробленості» прожитого життя, своїх відчуттів та навколишньої дійсності. Пацієнти скаржилися на звуження навколишнього простору, дезорієнтацію в часі. У періоді другої хвили наростали спочатку знижений настрій, ідеї марності свого існування, з послідовним переходом в апатію (рис. 5). Деперсоналізаційно-дереалізаційний варіант продромального періоду рекурентного депресивного епізоду відзначався у 7,0% хворих.

4. Психастеноподібний варіант передбачав виникнення у хворих головного болю, відчуття неспокою, тривоги. Відзначалася гіперестезія — турбували голосні звуки, яскраве світло. Виявлялися порушення сну у вигляді важкого засинання та/або раннього пробудження, переривчастий поверхневий сон. Спостерігались перепади настрою, ворожість до оточуючих, підвищена дратівливість. Підвищувався апетит. Концентрація уваги різко порушувалася, відзначалися труднощі запам'ятовування і відтворення інформації. Рухова активність збільшувалася, однак мала непродуктивний характер — пацієнти кидалися від однієї справи до іншої, не доводячи жодну до кінця, швидко втрачаючи до неї інтерес або скаржачись на втому. Робота, яка раніше була приємною для хворих, переставала приносити задоволення. Лунали скарги на неможливість розслабитися, нестерпне перенапруження і стомлення без реального для цього

приводу. Пацієнти були схильні бачити у вчинках оточення зневагу до себе. У міру прогресування хворобливого стану з'являлися думки про свою нікчемність, ідеї сомоприниження, безрадісності майбутнього (рис. 6).

Психастеноподібний варіант продромального періоду рекурентного депресивного епізоду визначався у 24,0% хворих.

5. Гіпопатично-гіпобулічний варіант визначався тим, що на фоні періоду благополуччя пацієнти починали відчувати слабкість, швидку втомлюваність, в'ялість та кволість, «втрату життєвої енергії». Майже із самого початку у хворих спостерігався дефіцит спонукань та цілеспрямованої діяльності, зменшення інтересу до речей, якими



Рис. 6. Модель синдрому генезу, синдрому кінетики та синдрому таксису психастеноподібного варіанту продромального періоду

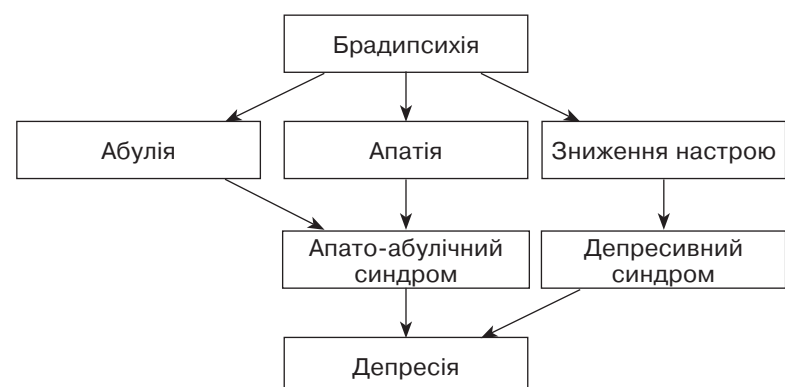


Рис. 7. Модель синдрому генезу, синдрому кінетики та синдрому таксису гіпопатично-гіпобулічного варіанту продромального періоду

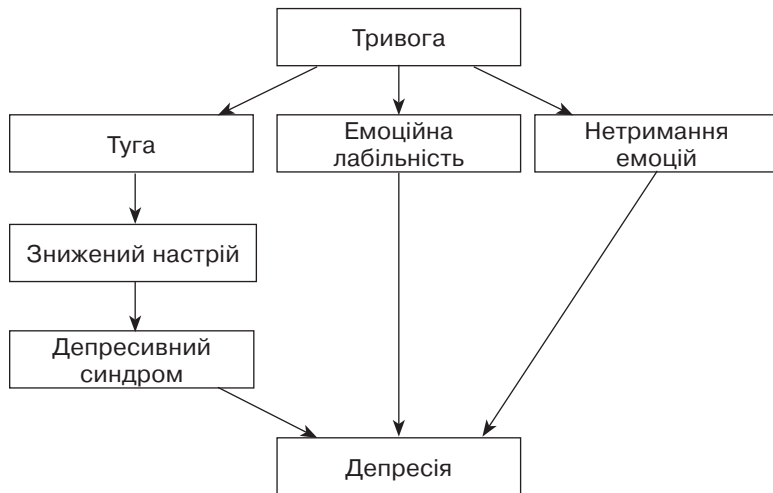


Рис. 8. Модель синдромогенезу, синдромікнезу та синдромотаксису афективного варіанту продромального періоду

пацієнти раніше цікавилися. Хворі помічали, що діяльність, яка раніше приносила задоволення, переставала їх приваблювати, здавалася непотрібною або нецікавою. Із часом хворі ставали дедалі пасивнішими. Рухова активність пацієнтів зменшувалася, вони безцільно ходили по будинку, пасивно і без бажання виконували вказівки близьких, все більше часу проводили у ліжку. Пацієнти поступово приводили до занепаду господарство, переставали слідкувати за своєю зовнішністю, пояснюючи це незрозумілою тугою, небажанням щось робити, «втратою сил». Домінували нерішучість, невпевненість у собі, надмірна недовірливість, уразливість, сором'язливість, дратівлива слабкість із вегетативною нестійкістю. Хворі заглиблювалися у тяжкий самоаналіз, абстрактні міркування, що згодом модифікувалися в ідеї самоприпинення, самозвинувачення. На перший план виступало зниження настрою, особливо вранці. У другу хвилю продромального періоду на зміну зниженому настрою приходила апатія, втрачалося відчуття щастя, радощів, задоволення, аж до повної ангедонії. Спостерігався довгий сон, який не приносив відчуття відпочинку. Зменшувався апетит. Пригноблювався статевий інстинкт (рис. 7).

Описаний варіант продромального періоду рекурентного депресивного епізоду виявлявся у 16,0% хворих.

6. Афективний варіант характеризувався домінуванням порушень емоційної сфери. Виникала і поступово наростала тривога, яка згодом, у другу хвилю симптомів продромального періоду трансформувалася в тугу. Виникала емоційна лабільність. Домінували емоційна лабільність, нетримання емоцій. У періоді другої хвилі з'являлися ідеї самоприпинення, самозвинувачення. Погіршувався настрій. Рідше переважали маніоформні прояви, «веселоші

без радості», на тлі яких спалахували дисфоричні епізоди або епізоди смутку, нестерпної туги, сльозливості (рис. 8).

Цей варіант продромального періоду рекурентного депресивного епізоду зафіксовано у 23,0% хворих.

Особливістю всіх варіантів продромального періоду було усвідомлення хворими, що їх стан якісно відрізняється від звичайного. Це дає привід припустити, що за умов попередження пацієнтів про існування продромального періоду повторного депресивного епізоду при рекурентному депресивному розладі вони будуть здатні виявити у себе його початок та своєчасно звернутися по допомогу.

Таким чином, проведене дослідження дозволило виявити часову та сезонну залежність виникнення повторного епізоду рекурентного депресивного розладу.

Встановлено наявність передвісників — предикторів рекурентного депресивного епізоду у продромальному періоді, існування яких може допомогти покращити своєчасну діагностику рекурентного депресивного розладу та побудувати специфічні системи профілактики, орієнтовані на недопущення виникнення розгорнутої клінічної картини рекурентного депресивного епізоду.

Виділено шість категорій передвісників повторного епізоду рекурентного депресивного розладу залежно від семіотики проявів та сфери порушень.

Запропоновано шість клінічних варіантів продромального періоду повторного епізоду рекурентного депресивного розладу.

Список літератури

1. Пришляк В. І. Алексифілія і псевдосуїцидальність — спроба опису нових клінічних феноменів при хроніфікованих депресіях / В. І. Пришляк, О. О. Фільц // Укр. вісн. психоневрології.— 2007.— Т. 15, вип. 4 (53).— С. 63–67.
2. А. с. № 22756, Україна, МОіНУ. Концептуальний опис нового клінічного симптому «Алексифілія» — «Алексифілія як специфічна клінічна ознака хронічних депресій» / В. І. Пришляк, О. О. Фільц.— № 22926; заявл. 01.10.2007; опубл. 16.11.2007.
3. Пришляк В. І. Предиктори хроніфікації депресій / В. І. Пришляк, О. О. Фільц // Медицина світу. Хронічність у психіатрії: стан чи процес. Визначення та підходи до терапії.— 2006.— С. 46–47.
4. Caspi A. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene / A. Caspi, K. Sugden, T. E. Moffitt [et al.] // Science.— 2003.— № 301 (5631).— Р. 386–389.

5. *Morris B. H.* Does emotion predict the course of major depressive disorder? A review of prospective studies / **B. H. Morris, L. M. Bylsma, J. Br. J. Rotenberg** // *Clin. Psychol.*— 2009.— № 48 (3).— P. 255–273.
6. *Kendler K. S.* Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety / **K. S. Kendler** // *Archives of General Psychiatry.*— 2003.— № 60 (8).— P. 789–796.

**ОСОБЕННОСТИ ПРЕДИКТОРОВ ПОВТОРНОГО ЭПИЗОДА
РЕКУРРЕНТНОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА
В ПРОДРОМАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

Е. Н. КИРЕЕВА

У больных с рекуррентным депрессивным расстройством в анамнезе установлено наличие предвестников — предикторов — повторного депрессивного эпизода в продромальном периоде, которые помогают своевременной диагностике заболевания и формированию специфической системы его профилактики. Исследованы особенности таких предикторов, выделены их категории в зависимости от семиотики проявлений и сферы нарушений, клинические варианты продромального периода повторного эпизода рекуррентного депрессивного расстройства.

Ключевые слова: рекуррентное депрессивное расстройство, депрессия, предикторы повторного депрессивного эпизода, психическая патология, модель синдромогенеза, синдромокинеза и синдромотаксиса.

**THE FEATURES OF PREDICTORS OF THE REPEATED EPISODE
OF RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER IN PRODROMAL PERIOD**

E. N. KIREYEVA

The presence of predictors, i.e. repeated depressive episode in prodromal period, which enable timely diagnosis of the disease and forming specific system of its prevention were determined in patients with the history of recurrent depressive disorder. The features of such predictors were investigated. Their categories depending on the presentation and sphere of disorders as well as clinical variants of prodromal period of the repeated episode of recurrent depressive disorder were distinguished.

Key words: recurrent depressive disorder, depression, predictors of repeated depressive episode, psychopathology, model of syndromogenesis, syndromokinesis and syndromotaxis.

Надійшла 24.01.2014