

*Н. А. Байбарак, наук. співробіт. відділу клінічної соціальної та дитячої психіатрії
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)*

КЛІНІКО-ТИПОЛОГІЧНІ ВАРІАНТИ РЕКУРЕНТНОГО ДЕПРЕСИВНОГО РОЗЛАДУ З ДОВГОТРИВАЛИМ ПЕРЕБІГОМ

На основі проведеного клініко-катамнестичного та анамнестичного дослідження хворих із рекурентним депресивним розладом з довготривалим перебігом було виокремлено чотири його клініко-типологічні варіанти та вивчена їх синдромодинаміка. Виявлена різна їх клінічна структура та ступінь сприятливості перебігу (від першого — найбільш сприятливого, до четвертого — найнесприятливішого) та поява і зміна «позитивної та негативної афективності» в ремісії.

Ключові слова: рекурентний депресивний розлад, варіанти перебігу, інтермісія, ремісія, позитивна та негативна афективність, синдромодинаміка.

Поширеність серед населення депресивних розладів за останні сто років, на думку А. А. Чуркіна, поступово виходить на перше місце серед психічних розладів і, на думку В. В. Петухова, ці розлади наприкінці ХХ сторіччя набули характеру «великої епідемії» [15, 19]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ, WHO), близько 20—25 % жінок та 7—12 % чоловіків хоча б один раз у житті перенесли депресивний епізод, а близько 2/3 з них страждають на рецидивуючу (рекурентну) депресію (РДР) (WHO, 1993). Це становить в середньому 3 % від усього населення планети [12, 13, 15]. Депресивні розлади стали однією із глобальних проблем у всьому Світі. Характерно, що більшість дослідників відзначають постійне зростання саме затяжних та хронічних депресій, починаючи з останніх десятиліть ХХ століття [1—3, 9, 22—24]. М. В. Злоказова (2010) вказує, що поширеність депресивних розладів протягом всього життя складає від 16 до 30 %, при цьому серед патології депресивного спектра важкі депресії становлять близько 23—25 %. Отже, складність проблеми рекурентних депресій тривалого та хронічного перебігу збільшується [8].

У зв'язку із актуалізацією проблеми несприятливого перебігу та хронізації РДР знов стає важливим питання про можливість появи у таких хворих своєї «дефіцитної симптоматики» [16, 17, 21, 25]. Для його вирішення необхідним є детальне вивчення у них психопатологічної симптоматики у стані покращання, у міжфазовий період перебігу РДР [4—7, 10, 11, 16].

Ще однією актуальною проблемою щодо РДР є питання про клініко-патогенетичну гомогенність чи гетерогенність цього розладу. Так, більшість дослідників вважають, що РДР є гомономною психопатологічною структурою. Лише поодинокі дослідження, зокрема розробки А. В. Улезко (1990), показали, що РДР має принаймні два окремих клінічних варіанти за своєю типологією та закономірностями перебігу (з анергічним афектом та тривожним). Наша робоча гіпотеза близька до позиції А. В. Улезко щодо гетерогенності структури та перебігу РДР [18].

Окрім цього, в літературі майже немає результатів довготривалих патобіологічних досліджень, тобто лонгитудинального вивчення того ж самого контингенту хворих на РДР протягом 20—25 років, що є дуже складним.

Саме дослідженню клініко-психопатологічних та динамічних особливостей сучасних форм рекурентних депресивних розладів, у тому числі варіантів їх перебігу, присвячена ця робота.

Метою дослідження є виявлення клініко-психопатологічних особливостей динаміки різних варіантів перебігу

рекурентного депресивного розладу, що дасть можливість підвищити ефективність їх діагностики та лікування.

Методи: вибірковий метод із відбором випадків довготривалого перебігу РДР із загальної групи пацієнтів з РДР; ретельний їх клініко-катамнестичний (вивчення амбулаторних карток пацієнтів) та клініко-анамнестичний аналіз, а також аналіз клініко-психопатологічних показників у динаміці. Ретроспективний аналіз напівструктурованим інтерв'ю преморбідних характерологічних особливостей пацієнтів та передуючих факторів. Серед передуючих факторів виокремлено психогенні: а) значущі та б) суб'єктивні — узагальнено з класифікації психогенних факторів за DSM-III (1980); та соматогенні: а) власне соматогенні, та б) такі, коли неважко соматичне захворювання мало більше характер психологічного стресора — сомато-психогенії [20]. В даній роботі ми не стверджуємо, що шкідливі, хворобливі чинники, які передували розвитку хвороби, є провокаційними, як вважається традиційно, бо ми не можемо однострійно довести причинно-наслідковий зв'язок такого фактора із розвитком загострення депресії, а лише визначаємо його статистичний та часовий зв'язок із розвитком фази.

Серед мешканців Московського району м. Харкова, які страждали на депресивні розлади, у 2003 році на диспансерному обліку у Миському психоневрологічному диспансері № 3 перебували 534 особи. З них було відібрано 114 пацієнтів з тривалим перебігом (більше 10 років) рекурентного депресивного розладу, медична катамнестична документація яких містила усю необхідну для цього дослідження інформацію. Середній вік хворих становив $(55,15 \pm 7,72)$, тобто від 31 до 60 років та старше. Статевий склад: 30 чоловіків (26,32 %) та 84 жінки (73,68 %). Як видно з наведених даних, серед обстежених переважали жінки, у співвідношенні до чоловіків 3:1.

Треба зазначити, що в обстежених пацієнтів не було будь-яких клінічно значущих соматичних, неврологічних та інших психічних та поведінкових розладів, у тому числі не було розладів унаслідок зловживання алкоголю та психоактивних речовин.

Тривалість захворювання у досліджуваних хворих у середньому складала $24,63 \pm 0,88$ роки. Середній вік маніфесту у всіх досліджуваних хворих становив $30,92 \pm 0,93$ років. При докладному вивченні досліджуваного матеріалу було помічено велику гетерогенність клінічних випадків. Основним критерієм поділу перебігу РДР на відносно сприятливий і несприятливий варіанти в нашій роботі стала поява у хворих так званої «залишкової» симптоматики в період ремісії. Таким чином відбувалося перетворення значного покращання у формі інтермісії* між фазами с початку хвороби на часткове покращання із залишковою симптоматикою у вигляді ремісії, без повного відновлення до дохворобливого стану. За цим критерієм перебіг РДР було поділено на фазно-інтермісійний та фазно-ремісійний етапи.

* У даному контексті термін «інтермісія» використовуємо у суто традиційному значенні — повне відновлення стану до дохворобливого рівня, *restitutio ad integrum*, із відсутністю будь-якої залишкової психопатологічної симптоматики та повною соціальною (включаючи мікросоціальну — сімейну) та трудовою реадaptaцією. На відміну від «ремісії» цей термін ми застосовуємо до будь-яких інших покращань різного ступеня, але не досягаючих повного відновлення стану.

За особливостями преморбідних особистісних рис, за спектром передуючих факторів, клініко-синдромологічною структурою РДР та його синдромодинамікою, визначеними періодами його перебігу, тобто за своєю типологією, пацієнтів поділено на 4 різні клініко-типологічні варіанти депресії (тужливий, тривожно-тужливий, тривожно-іпохондричний, тужливо-дистимічно-апатичний).

До **тужливого варіанту** нами було віднесено 26 хворих із загальної обстеженої групи (18 жінок та 8 чоловіків) в середньому віці ($53,65 \pm 1,28$) років, у яких депресивний розлад маніфестував у ($27,96 \pm 0,98$) років, із загальною тривалістю захворювання ($25,7 \pm 0,98$) років, тобто достатньо тривалим для необхідного у роботі аналізу.

Преморбідні особливості особистості у цих хворих склалися із гіпотимічних (40 %), емоціонально-лабільних (34,5 %), астеничних (12 %), сензитивних (8,5 %), нормотимічних (5 %) рис. Досліджені передуючі фактори при тужливому варіанті перебігу РДР. Так, перша депресивна фаза (тобто дебют захворювання) у 49,3 % виникла після психологів або соматичних захворювань, у 29,5 % — спонтанно, у 21,2 % випадків — після значущої психогенії.

Як показав аналіз, при тужливому варіанті депресії в середньому після її фази загострення виникає вже спонтанно. Зазначені передуючі загостренню фактори як предрисуючі, провокаційні та патоластичні різним чином віддзеркалювалися як в змісті хворобливих переживань, так і в симптомоутворенні.

Іхній вплив на хворого протягом доманіфестного періоду був різної тривалості та інтенсивності. В його скаргах ці фактори виступали як головна причина захворювання в інтерпретації пацієнта: «якби мене не покинула дружина»; «якби на роботі не було конфліктних ситуацій»; «якби я не захворів на грип»; «якби лікарі були уважні і вчасно виявили і пролікували хворобу, то у мене мабуть не було би депресії». Такі оцінки і висловлювання могли з часом дещо змінюватись, але були характерними для кожного пацієнта.

Доманіфестний період депресії при тужливому варіанті відрізнявся поліморфними проявами субдепресивного типу з почуттям зниженого контролю за своєю поведінкою і переживаннями своєї «лінощі», за яку пацієнти картали себе. Цей період тривав звичайно від 6 місяців до 1 року, супроводжувався скаргами на погіршення загального стану здоров'я, зниження працездатності, швидку психічну втому. З цими станами пацієнти звертались до різних лікарів і, відповідно, отримували яку-небудь симптоматичну терапію (загально-зміцнююча терапія і таке інше), яка в більшості випадків була неефективною.

За доманіфестним періодом розгортався маніфестний період (безпосередньо депресивний психопатологічний стан). Структура депресивного синдрому у таких хворих була класично тужливою.

Як було вже зазначено, весь період захворювання розподілявся на два головних етапи: фазно-інтермісійний та фазно-ремісійний. На **фазно-інтермісійному етапі** захворювання у пацієнтів в середньому виникало ($2,19 \pm 0,29$) фази, які тривали в середньому ($6,7 \pm 0,47$) місяців. На цьому етапі спостерігалась своєрідна синдромокінетика від однієї фази до іншої. За перебігом тужливі фази ставали більш тривалими. Окрім цього, наприкінці фазно-інтермісійного етапу, як правило, спостерігався початок ускладнення структури провідного синдрому, який поступово трансформувался в тужливо-тривожний з фобічною симптоматикою (23 %), тужливо-гіпобулічний з маскою астенії (30 %) або тужливо-іпохондричний з симптомами недовіри оточуючим

(47 %). Така синдромодинаміка тужливих фаз депресивного розладу свідчить про поступове збільшення в структурі клінічної картини РДР додаткових, факультативних симптомів, які збагачуються та амальгуються з провідним синдромом та персоніфікуються за змістом.

Середня кількість інтермісій на фазно-інтермісійному етапі перебігу РДР складала ($2,15 \pm 0,28$), з середньою тривалістю ($225,23 \pm 21,07$) місяців. Однією із особливостей цього етапу було те, що пацієнти після лікування виходили з хворобливого стану без будь-яких ознак хвороби і могли приступати до роботи та легко відновлювали свій повсякденний життєвий стереотип. Середня тривалість фазно-інтермісійного етапу становила ($14,66 \pm 0,60$) років.

Однак, при подальшому перебігу депресії її фазно-інтермісійний етап поволі трансформувался у **фазно-ремісійний етап**. Умовним періодом «переходу» від першого етапу в другий є поява у проміжку між депресивними фазами ознак так званої «негативної афективності» (Смулевич А. Б., 2001) з проявами у вигляді підвищеної емоціональної реактивності, симптомів гіпотимічності, які поступово загострювались і визначали типологію ремісії. Середня тривалість фазно-ремісійного етапу становила ($10,73 \pm 0,63$) років. На цьому етапі в середньому пацієнт переносив ($1,73 \pm 0,23$) фази, з середньою тривалістю ($7,96 \pm 0,53$) місяців. Середня кількість ремісій на цьому етапі складала ($1,69 \pm 0,20$) з середньою тривалістю ($116 \pm 21,08$) місяців.

Фази мали тенденцію до збільшення тривалості ($p < 0,05$), а ремісії — до її зменшення ($t < 0,02$). Одночасно синдромокінез провідного синдрому продовжував ускладнюватися за рахунок зростання тривожно-гіпотимічних проявів (56 %). Окрім цього, в подальшому з'являлись явища резиньяції (підкорення долі, відмова від життєвої активності, від супротиву хворобі) та транзиторні симптоми деперсоналізації (20 %), які досягали субпсихотичного рівня.

Щодо структури ремісії, то вона залежала від таких компонентів: наявності позитивної і негативної афективності, характеру ставлення пацієнта до хвороби та лікування, рівня його трудової активності і сімейно-соціальних відносин. Частіше структура ремісій в обстежених пацієнтів складалась із зазначеної негативної афективності (у вигляді стійкої емоційної подразливості), піків коливання тужливо-тривожного настрою на тлі легкої гіподинамії з частковим порушенням їх трудової, соціальної та сімейної активності, а також з замаскованою недовірою до перспектив одужання та професійних здатностей лікарів. При цьому треба зазначити, що якість ремісії у них зі «стажем» захворювання поступово погіршувалась.

Згідно з отриманими нами даними, у хворих на РДР приблизне співвідношення фазно-інтермісійного етапу з фазно-ремісійним становить 3:2, що вказує на умовну сприятливість перебігу цього варіанту динаміки.

Тривожно-тужливий варіант був виявлений у 32 обстежених нами пацієнтів (жінок — 22, чоловіків — 10), в середньому віці на момент обстеження ($56,81 \pm 1,15$) років. У цих пацієнтів депресивний розлад маніфестував в середньому у віці ($33,46 \pm 0,81$) роки, із загальною тривалістю захворювання на період обстеження ($23,71 \pm 0,84$) роки.

Щодо преморбідних особливостей особистості у хворих цієї групи, вони склалися із тривожних (38,7 %), помислових (25,3 %), гіпотимічних (20 %), істероїдних (12,6 %) та сензитивних (3,4 %) рис. Щодо передуючих факторів, то у 42,5 % випадків депресивні

фази виникали після значущої психогенії, у 31,4 % — спонтанно, у 22,8 % — після суб'єктивно значущої психогенії, а у 3,3 % випадків — після психогенії внаслідок соматичного розладу.

При цьому варіанті важливим був *доманіфестний період*. В середньому він тривав до 9 місяців і характеризувався тривожно-фобічними порушеннями на невротичному рівні з вегетативно-судинними пароксизмами. Зазвичай цьому періоду передували психогенії у вигляді пролонгованих сімейних складнощів, які супроводжувалися різного роду конфліктами. В цей період у обстежених вперше виникали свого роду сумніви відносно стану здоров'я. Пацієнти поступово «втягувалися в лікарський дрейф». Вони активно звертались до лікарів загальносоматичного профілю, до предстанників нетрадиційної медицини. Інколи у них наставало незначне полегшення або загострення неврозоподібного стану, внаслідок актуалізації «старих конфліктів», або виникнення нових психотравмуючих обставин на кшталт повсякденних труднощів на роботі. Крім того, різні лікарі діагностували у цих пацієнтів які-небудь неважкі соматичні розлади: функціональні порушення серцевої системи (нестійкі аритмії — 10 %), легкі порушення функціонування шлунково-кишкового тракту (гастрити, коліти — 15 %), порушення менструального циклу у жінок та аднексити (23 %).

Маніфест депресивного розладу розгортався після закінчення його «дохворобливого» перебігу.

На *фазно-інтермісійному етапі* в середньому у хворих мало місце ($2,06 \pm 0,14$) фази, з тривалістю в середньому ($12,26 \pm 0,46$) місяців. Фазно-інтермісійний етап дебютував класичною тривожно-тужливою фазою, яка в середньому тривала ($10 \pm 0,32$) місяців, що і було маніфестом захворювання при цьому варіанті. За нею наставала класична інтермісія, яка в середньому тривала ($80 \pm 6,49$) місяців. В цей період наставала повна реституція як особистих рис хворого, так і його соціально-сімейно-трудова активності. Починаючи з другої фази тривожно-тужливий синдром починав ускладнюватися. В його структурі з'являлись фобічні, виразні соматовегетативні прояви, легкі компоненти негативної афективності (у вигляді дистимічності). Друга фаза тривала вже довше, ніж перша. Таким чином, фазно-інтермісійний етап тривав в середньому ($12,96 \pm 0,55$) років, після чого розгортався період «переходу» до *фазно-ремісійного етапу*. Він включав в себе літичний вихід вже не в чисту інтермісію, а у ремісію з помірними особистісними зсувами у бік появи неглибокої але стійкої негативної дистимічності афективності з відчуттям психічного дискомфорту і втрати емоційного резонансу по відношенню до своїх близьких. Крім того, у пацієнтів повільно зростало критично-скептичне ставлення до лікування.

Наступна фаза вже відносилась до фазно-ремісійного етапу. Для нього було характерно збільшення кількості фаз (середня кількість складала $1,82 \pm 0,12$). Щодо тривалості ремісій, то вони скорочувались ($p < 0,05$, $t < 0,02$). Крім того, на фазно-ремісійному етапі спостерігалось ускладнення синдрома динаміки. Якщо на попередньому етапі домінував тривожно-тужливий синдром з факультативними фобічними і соматовегетативними проявами, то на цьому етапі синдромальне ускладнення відбувалось за рахунок приєднання дисфорічних компонентів та ускладнення позитивної афективності у вигляді сенестопатій з іпохондричною їх інтерпретацією та появою своєрідного психопатологічного феномена, який ми назвали «луна тривоги» («эхо тревоги» рос.). Зміст його є в наявності у хворих постійної прихованої тривоги, побоювань, що захворювання знов повернеться.

Динаміка ремісії складалася з поглиблення негативної афективної симптоматики у вигляді дистимії, дисфоричності, резиньяції з поліморфною позитивною симптоматикою. Крім того, поглиблення ремісії проявлялося зниженням особистої активності в сімейних справах. І хоча працездатність грубо не страждала, але до своїх функціональних обов'язків на виробництві і в іншій діяльності пацієнти починали ставитись «з прохолодою».

При тривожно-тужливому варіанті перебігу РДР співвідношення тривалості етапів фазно-інтермісійного та фазно-ремісійного було майже однаковим (1,5:1,5)

Серед обстежених нами хворих на РДР до *тривожно-іпохондричного варіанту* було віднесено 42 особи (чоловіків — 10, жінок — 32) у середньому віці на момент обстеження ($56,69 \pm 1,34$) років. У цієї групи депресивний розлад маніфестував в середньому в ($33,67 \pm 0,94$) роки з загальною тривалістю захворювання ($24,45 \pm 0,75$) роки.

При цьому варіанті РДР *преморбідні особистісні характеристики* склались з тривожних (42,2 %), помислових (21,5 %), іпохондричних (17,5 %), гіпотимічних (16,6 %), сензитивних (2,2 %), астеничних (2,5 %) рис.

Зазвичай перші ознаки *дохворобливого періоду* РДР з'являлись після психогенії, але суб'єктивно значимі: сімейні негарязди (10 %), пов'язані з різким погіршенням здоров'я близьких; конфлікти на роботі та стійке незадоволення своїм соціальним становищем — загалом 41,1 % випадків. Крім того, виникали різні легкі соматичні захворювання — сердечно-судинної системи (незначні аритмії, психогенна стенокардія — 10 %); захворювання дихальної системи — бронхіти (1,5 %), гострі респіраторні захворювання (2,5 %), перші прояви аднекситів у жінок (20 %) та емоційні переживання на цей привід, які теж були передуючими факторами — 15,4 %. Майже цілий рік ці пацієнти звертались за допомогою до різних спеціалістів (від терапевтів, невропатологів, психотерапевтів — до народних цілителів). Але ефект від терапії був незначним і на цьому фоні у пацієнтів поступово розгортався тривожно-іпохондричний синдром. У 9,5 % дебют захворювання відбувався спонтанно.

Маніфест захворювання характеризувався появою депресивної фази з тривожно-іпохондричною структурою (перша фаза). У цих пацієнтів тривога була міцно пов'язана з побоюваннями за своє здоров'я та здоров'я близьких. Перша фаза РДР в цих випадках одразу мала тривалий характер і хвилеподібний перебіг з літичним виходом в інтермісію. Середня тривалість інтермісії у таких хворих була ($91,02 \pm 5,4$) місяців. На цьому етапі у них відмічалось в середньому ($1,9 \pm 0,16$) фази, з середньою тривалістю ($13,03 \pm 0,52$) місяців. Слід відмітити, що від фази до фази спостерігалось ускладнення клінічної картини РДР за рахунок збільшення тривожності, стереотипної метушливості з частим звертанням до лікарів з постійними однаковими скаргами. Подальші фази та інтермісії мали тенденцію до скорочення ($p < 0,05$). В інтермісії зберігалась в цілому трудова та сімейна активність, але і в періоди покращання мали місце короткі періоди тривоги за свій стан здоров'я. *Фазно-інтермісійний етап* тривав в середньому ($10,64 \pm 0,35$) років. Слід звернути увагу на те, що вихід із депресивної фази частіше був літичним зі своєрідним «іпохондричним шлейфом» — збереження в структурі залишкової симптоматики побоювань за стан свого здоров'я. Структура клінічної картини загострень РДР складалась з тривожного афекту в поєднанні із тужливим афектом. Більш вираженими були іпохондричні переживання. Це і було

початком «періоду переходу» від фазно-інтермісійного до фазно-ремісійного етапу.

Відповідно до динаміки РДР, наступним етапом був **фазно-ремісійний**. Він характеризувався появою ремісій, в структурі яких відмічалась відносно стійка позитивна (тривожно-гіпопатична симптоматика) і негативна афективність (невдоволення, буркотливість, сварливість). У пацієнтів з'являлись такі психопатологічні феномени, як «луна тривоги», дистимічні дисфорії, соматовегетативні розлади з іпохондризацією (перш за все їх турбував свій незадовільний сомато-психічний стан). Крім цього, у пацієнтів формувалась іронічно-скептична позиція з безперспективним поглядом як до терапії, так і до лікарів, «які нічого не можуть зробити зі мною», зі слів пацієнтів. Тривалість фазно-ремісійного етапу в середньому складала $(13,9 \pm 0,67)$ років, а в його структурі було в середньому $(2,48 \pm 0,12)$ фази з середньою тривалістю $(13,02 \pm 0,51)$ місяців. Середня кількість ремісій складала $(2,17 \pm 0,13)$, з середньою тривалістю $(45,09 \pm 2,67)$ місяців. При цьому кількість депресивних фаз збільшувалась ($p < 0,05$), а їхня тривалість зменшувалась ($t < 0,02$). Однак гострота депресивних переживань ставала не такою виразною. Щодо ремісій цього варіанту РДР, можна зазначити, що їх кількість достовірно ($p < 0,05$) збільшувалась, а тривалість зменшувалась ($t < 0,02$).

Аналізуючи синдромодинаміку при цьому варіанті РДР, можна зазначити, що, якщо на першому етапі у хворих домінувала тривожно-іпохондрична симптоматика, то на другому етапі до неї приєднувались складні негативні афективні розлади з формуванням ремісій. При чому ремісії поступово ставали більш складними за рахунок приєднання до їх клінічної картини проявів апатичності, одночасно мало місце зниження сімейної активності пацієнта, який намагався скласти з себе будь-які обов'язки і вимагав ставлення до себе як до серйозно хворого. Ці ознаки і складали картину особистісного «зсуву», яка характеризувалася поступовим витисненням афективної патології особистісною.

Порівнюючи тривалість фазно-інтермісійного і фазно-ремісійного етапів перебігу РДР при цьому його варіанті, можна зазначити, що їх співвідношення в середньому складало 1,25:1,75, що свідчило про більш важкий характер динаміки депресії.

До **тужливо-дистимічно-апатичного варіанту** хворих на РДР нами було віднесено 14 осіб (чоловіків — 5, жінок — 9) у середньому віці на момент обстеження $(49,5 \pm 1,22)$ років, з середньою тривалістю захворювання $(22,04 \pm 0,67)$ роки. У цієї групи депресивний розлад маніфестував в середньому у $(28,57 \pm 0,96)$ років.

При цьому варіанті *преморбідні особистісні характеристики* у хворих складались з гіпотимічних (39,5 %), тривожних (25,5 %), ригідних (21,7 %), істероїдних (13,3 %) рис.

Розгортанню хворобливого процесу *передували такі фактори*: психогенії внаслідок соматичних захворювань — у 40,5 % випадків, суб'єктивні психогенії — у 30,5 %, у 20,5 % — значущі психогенії і тільки у 8,5 % випадків фаза виникала спонтанно.

Слідом за передуючими факторами формувалась *доманіфестний період* РДР, який характеризувався невиразною поліморфною симптоматикою: тривожною гіпотимією, дистимічністю, дратівливістю із незадоволеністю, різноманітними простими сенеспатіями (неприємні відчуття в тілі по типу «перекатування», відчуття лабільної печії). В середньому доманіфестний етап тривав один рік. В цей період пацієнти могли проявляти

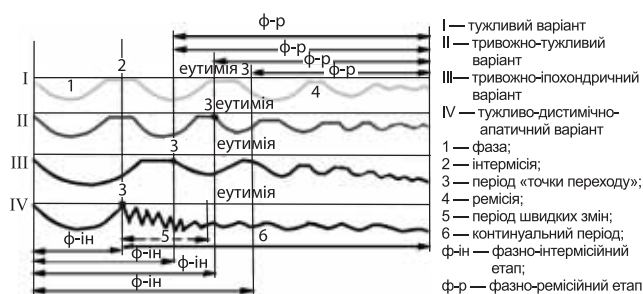
ізолювану стеничність в пошуках адекватної терапії і лікаря. Поступово клінічні прояви депресивної фази зростали. В її структурі домінував тужливо-дистимічний синдром з періодами появи тривоги. Вже перша фаза депресії в цих випадках відразу набувала тривалого характеру з появою негативної афективної симптоматики (дистимії) і мала ознаки резистентності. Вихід у відносно інтермісії здійснювався літично. Пацієнти приймали підтримуючу терапію і деякий час зберігали працездатність, а також соціальне та побутове функціонування на задовільному рівні. Але при стресових факторах реагували переважно негативною афективністю.

Перша фаза в середньому тривала $(14,17 \pm 1,13)$ місяців, **період фазно-інтермісійний** в середньому складав $(7 \pm 0,48)$ років, за який відбувалося $(1,43 \pm 0,16)$ фази. Через рік у пацієнтів розгортався додатковий період (особливий тип перебігу захворювання), який характеризувався швидкою зміною депресивних циклів з поступовим їх затуханням. Цей період тривав у середньому $(5,34 \pm 0,32)$ років. Поява такого періоду — дуже цікавий клінічний феномен. Його можна зрозуміти як своєрідний захисний період адаптації пацієнтів. Часта зміна циклів немов би повертає весь перебіг РДР до фазно-ремісійного його етапу, як остання спроба «вирівняти» цей перебіг. Але поступове затухання швидких циклів свідчить про недостатність компенсаційних зусиль організму, і хвороба набуває хвилеподібного континуального перебігу. На цьому етапі структура афективного симптомокомплексу стає складною і згладженою і мало чим відрізняється від послаблення процесу, які можна кваліфікувати як псевдоремісії. З цього періоду перебіг вказаного варіанту РДР можна вважати таким, що відповідає критеріям хронічного рекурентного депресивного розладу (ХРДР) (DSM-IV-TR, 1994). Різні варіанти тужливо-дистимічно-апатичних афектів поволи мінялись місцями з приєднанням obsесивно-фобічної симптоматики. Фактично з цього моменту можна було говорити про розгортання хронічної континуальної депресії. Окреслених депресивних фаз у цьому періоді фактично немає, а клінічну структуру захворювання визначає амальгамування тужливо-дистимічного та апатичного афектів з негативною афективністю і з появою «додаткової дефіцитарної симптоматики» (стійкої гіпотимії, монотонної подразливості, іпохондричності і своєрідної афективної сплосченості, невдоволеності, егоцентризму та відгородженості від близьких оточуючих, зі стійким депресивним світоглядом і ресентиментними почуттями до здорових осіб). Але при всьому цьому можна простежити динаміку позитивної афективності (від тужливо-дистимічної апатичності через дистимічно-апатичну тужливість до складного апатично-дистимічно-тужливого афективного стану) з приєднанням сензитивних ідей відношення і невротичною симптоматикою. При катанестичному огляді цих пацієнтів звертали на себе увагу відсутність продуктивного діалогу та стереотипність поведінки, періодичні скарги на несправедливу долю з негативно-скептичним ставленням хворого як до лікарів, так і до своєї терапії. Цікавим є те, що, незважаючи на таку позицію, ці пацієнти час від часу відвідували психіатричний диспансер і приймали ліки, але не вірили ні в одужання, ні в можливість поліпшення свого стану. Щодо трудової, соціальної та сімейної активності, слід зауважити, що пацієнти не могли працювати, хоча і більш-менш частково справлялись з необхідною побутовою діяльністю. Щодо сімейних відносин, то зникла прив'язаність до членів родини, а з'являлись підвищені вимоги до себе як до важкого хворого.

Співвідношення тривалості фазно-інтермісійного та фазно-ремісійного етапів перебігу РДР при цьому його варіанти (ХРДР) складало 1:2,2. При чому до кінця перебігу цього варіанту частка несприятливих виходів зростає вдвічі порівняно з першим варіантом (тужливим).

Описаний варіант характеризується не тільки виразним поліморфізмом структури клінічних проявів, але підтверджує, що ХРДР можуть прямувати до дуже складних психопатологічних станів.

Криві I—IV (див. рисунок) узагальнено відображають динаміку стану досліджуваних хворих за виокремленими варіантами, тобто зміни настрою та стану хворих, що відбивають перебіг кожного з варіантів захворювання. Чим більше зниження кривої від горизонтальної осі, яка відображає стан еутимії, тим більше глибина вираженості депресивного стану або більше проявів резидуальної афективної симптоматики, так званої негативної афективності. Зниження кривої нижче лінії еутимії символізує не лише пропорційне збільшення вираженості депресії, а й наростання кількості афективних симптомів, зокрема, наростання вираженості проявів негативної афективності.



Схематичне відображення виокремлених варіантів та етапів перебігу РДР

Додатковий другий хвилеподібний період у розвитку IV клініко-типологічного варіанту відображає період швидкої зміни фаз.

Порівнюючи співвідношення фазно-інтермісійного етапу і фазно-ремісійного етапів перебігу різних варіантів РДР, треба зазначити, що співвідношення між ними з кожним описаним нами раніше варіантом змінювались в негативний бік. Так, від першого варіанту до четвертого протягом захворювання частка фазно-інтермісійного етапу зменшується, а частка фазно-ремісійного зростає.

Це свідчить, що варіанти перебігу РДР мають різні ступені сприятливості перебігу. Від першого до четвертого варіанту ступінь несприятливості перебігу зростає і свідчить про гетерогенність структури та перебігу РДР.

Порівнюючи перебіг та структуру виокремлених типологічних варіантів РДР можна зазначити, що вони складають особливі рівні за своєю психопатологією, синдромодинамікою та результатом. Виявилось, що від першого до четвертого варіанту зростає як поліморфізм синдромів, їх динаміки, так і ступінь несприятливості перебігу рекурентного депресивного розладу. Клінічні дані свідчать про те, що цей процес розгортається за рахунок як появи позитивної, так і негативної афективності. При цьому має місце поступове ускладнення синдромодинаміки РДР від першого до четвертого варіанту його перебігу. Таким чином, це дає нам підставу стверджувати, що серед випадків рекурентного депресивного розладу присутня група станів з тенденцією до хронічного перебігу зі зростанням під кінець захворювання своєрідної «афективної дефіцитарності».

Як показало дослідження, рекурентний депресивний розлад є захворюванням із складною клінічною структурою і воно є гетерогенним за динамікою перебігу. Доказово було виокремлено чотири клініко-типологічних варіанти перебігу рекурентного депресивного розладу: 1) тужливий, 2) тривожно-тужливий, 3) тривожно-іпохондричний та 4) тужливо-дистимічно-апатичний (континуальний), які принципово відрізняються один від одного особливостями фазоутворення та ступенем сприятливості перебігу та прогнозу — із зменшенням сприятливості від тужливого до тужливо-дистимічно-апатичного (континуального) відповідно.

На основі дослідження клініко-психопатологічних та анамнестико-катамнестичних особливостей рекурентного депресивного розладу в маніфестній частині його перебігу було виокремлено такі етапи: 1) фазно-інтермісійний — характеризується чіткою окресленістю меж фаз, виходом у інтермісію високої якості з відновленням функціонального стану до передхворобливого рівня; 2) фазно-ремісійний (хронічний) — характеризується більшою тривалістю фаз, зменшенням тривалості та якості періодів поліпшення, у зв'язку з чим вони набувають характеру ремісії на відміну від інтермісії (на попередньому етапі), згладженістю меж між ремісіями та загостреннями. Між цими етапами виокремлено «період переходу», який характеризується появою в стані ремісії явищ «позитивної та негативної афективності». При цьому змінюється клінічна структура РДР в бік зменшення сприятливості перебігу хвороби.

Виділені клініко-типологічні варіанти перебігу РДР достовірно відрізняються один від іншого віком клінічного маніфесту (відповідно $27,96 \pm 0,98$, $23,72 \pm 0,84$, $33,67 \pm 0,95$ та $28,57 \pm 0,96$; $p < 0,05$, окрім $p > 0,05$ для I—IV варіантів), структурою преморбиду, спектром визначених передуючих факторів. Тривалість першого, фазно-інтермісійного (сприятливого) етапу перебігу теж достовірно зменшується від першого варіанту перебігу до четвертого ($14,66 \pm 0,60$, $12,96 \pm 0,55$, $10,64 \pm 0,35$, $7 \pm 0,48$ місяців відповідно). Кількість фаз на фазно-інтермісійному етапі при четвертому варіанті достовірно менше, ніж при інших варіантах ($1,4 \pm 0,16$). Тривалість фази від фазно-інтермісійного к фазно-ремісійному етапу при II, III, IV варіантах збільшується — як ознака хроніфікації перебігу, а при I варіанті — зберігається — як ознака стабільності та сприятливості перебігу, також спостерігається збільшення тривалості ремісій від II до III варіанту. При середньому віці досліджених хворих ($55,15 \pm 7,72$) років відносне співвідношення етапів перебігу за варіантами є таким: тужливий — 3:2; тривожно-тужливий — 1:1; тривожно-іпохондричний — 1,25:1,75; тужливо-дистимічно-апатичний — 1:2,2.

3. Клініко-типологічні варіанти перебігу РДР розрізняються також за структурою ремісії, починаючи з «періоду переходу» фазно-інтермісійного етапу в фазно-ремісійний етап. При тужливому варіанті в структурі ремісії найчастіше з'являється «позитивна» та легка «негативна» афективність у вигляді набутої емоційної реактивності з короткочасними періодами тужливості. Тривожно-тужливий варіант характеризується ускладненням структури ремісії за рахунок появи негативної афективності — дисфоричності та періодів загострення сенесто-іпохондричної симптоматики, зниження можливостей до соціально-трудоваї адаптації, зокрема в умовах звичного мікросоціального середовища. Ускладнення структури ремісії при тривожно-іпохондричному варіанті перебігу відбувається шляхом

появи «іпохондричного шлейфу», виникнення «луни тривоги» та апатичної симптоматики.

Тужливо-дистимічно-апатичний варіант РДР значно відрізняється від попередніх трьох варіантів складністю динаміки та структури. Його динаміка фактично складається з трьох етапів: першого — короточасного фазно-інтермісійного етапу; проміжного етапу зі швидкими змінами циклів з наступним переходом до третього, хвилеподібного (континуального) етапу перебігу хвороби. Швидка зміна фаз з поступовим їх згладжуванням триває приблизно $(5,34 \pm 0,32)$ років. Проміжний етап можна розцінити як адаптаційну (або псевдоадаптаційну) спробу перервати процес. В подальшому різниця між фазами та ремісіями поступово нівелюється. Чітко окреслюються симптоми «негативної та позитивної афективності». Серед позитивних афективних симптомів виявлялись тривога, тужливі, фобічні, іпохондричні переживання, які змінювали одне одного; негативні ж афективні симптоми проявлялись переважно у вигляді монотонної гіпотимічності, депресивного світогляду, апатичності і виразної сімейно-соціальної дезадаптації, які мали стійкий характер.

Список літератури

1. Вертоградова, О. П. Затяжные депрессии (закономерности формирования, прогноз, терапия) / О. П. Вертоградова, В. В. Петухов // Социальная и клиническая психиатрия. — 2005. — № 4. — С. 18—22.
2. Вовин, Р. Я. Проблема хронизации психозов и преодоление терапевтической резистентности (на модели депрессивных состояний) / Р. Я. Вовин, И. О. Аксенова, Г. Е. Кюне. В кн.: Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных [под ред. Вовин Р. Я., Кюне Г. Е.]. — М.: Медицина, 1989. — С. 151—182.
3. Вовин, Р. Я. Затяжные депрессивные состояния / Р. Я. Вовин, И. О. Аксенова, // Л.: Медицина, 1982. — 191 с.
4. Дикая, Т. И. К вопросу о длительных многолетних депрессиях: клинико-психопатологические особенности и дифференциация затяжных депрессий / Т. И. Дикая // Науч.-практ. журнал «Психиатрия». — 2004. — № 4. — С. 48—54.
5. Дикая, Т. И. Длительные многолетние депрессивные состояния в форме хронических депрессий: клинико-психопатологические и динамические аспекты / Т. И. Дикая // Там же. — 2004. — № 5. — С. 26—34.
6. Дикая, Т. И. Затяжные и хронические эндогенные депрессии (история становления понятия, клинического содержания и нозологической оценки): обзор литературы / Т. И. Дикая // Там же. — 2006. — № 1. — С. 49—58.
7. Дикая, Т. И. Клинико-психопатологические особенности и динамические аспекты затяжных и хронических эндогенных депрессий / Т. И. Дикая // Вестник Российской АМН. — 2011. — № 4. — С. 19 — 25.
8. Злоказова, М. В. Терапия пациентов с умеренными и тяжелыми депрессиями непсихотического уровня / М. В. Злоказова // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова — 2010. — Т. 110 — № 5 — С.30-33
9. Марута, Н. А. Новые возможности терапии депрессивных расстройств / Н. А. Марута // Здоров'я України. — 2008. — № 7/1 (додатковий). — 5 с.
10. Мосолов, С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов / С. Н. Мосолов. — СПб.: Медицинское информационное агентство, 1995. — 568 с.
11. Мосолов, С. Н. Диагностика и терапия депрессий в соматической практике / С. Н. Мосолов // Психофармакотерапия депрессии. — 2006. № 7. — С. 1—12.
12. Підкоритов, В. С. Сучасні підходи до лікування «фармако-резистентних» депресій / В. С. Підкоритов // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 2(63). — С. 55—57.
13. Підкоритов, В. С. Фактори, що в найбільшому ступені впливають на показники врахованої захворюваності та поширеності психічних розладів серед населення України (Перше повідомлення) / [Підкоритов, В. С., Серікова О. І., Дьяченко Л. І. та ін.] // Там само. — 2009. — Т. 17, вип. 2 (59). — С. 54—56.
14. Петухов, В. В. Затяжные депрессии (структура, терапевтическая динамика, прогноз) : автореф. на соискание уч. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.18 — психиатрия / В. В. Петухов. — М., 2005.

15. Стадийность течения униполярной эндогенной депрессии / [Подкоритов, В. С., Кутько И. И., Байбарак Н. А. и др.] // Украинський медичний альманах. — 2005. — Т. 8. — № 4 (додаток). — С. 199—204.

16. Смулевич, А. Б. Лечение резистентных затяжных эндогенных депрессий. / А. Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакология. — 2002. — № 4. — С. 128—132.

17. Смулевич, А. В. Депрессии и коморбидные расстройства. — М., 1997. — 310 с.

18. Улезко, А. В. О клинических вариантах монополярной эндогенной депрессии / А. В. Улезко // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1990. — Т. 90, вып.4. — С. 61—66.

19. Чуркин А. А. Эпидемиология психических расстройств / А. А. Чуркин // Психиатрия : национальное руководство. — М.: Изд. группа «ГЭОТАР-Медиа», 2009.

20. Чайка, Ю. Ю. К постановке проблемы синдромотаксиса униполярной эндогенной депрессии [Сообщение 2] / Ю. Ю. Чайка // Украинський вісник психоневрології. — 2006. — Т. 14, вип. 4 (49). — С. 73—77.

21. Штенберг, Э. Я. О некоторых клинических особенностях депрессий позднего возраста / Э. Я. Штенберг, М. Л. Рохлина. В кн.: Депрессии. Вопросы клиники, психопатологии, терапии. — М., 1970. — С. 41—52.

22. A comparison of nefa-zodone, the cognitive-behavioural analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression / [Keller M., McCullough J., Klein D. et al.] // N. Engl. J. Med. — 2000; 342: 1462—70.

23. Levin, S. The management of resistant depression / S. Levin // Acta. psychiatry belg. — 1986. — Vol. 86, № 2. — P. 141—151.

24. Simon G. E. Long-term prognosis of depression in primary care / G. E. Simon // Bull. WHO. — 2000. — Vol. 78. — № 4. — P. 439—445.

25. Das neuer Handbuch der Bipolaren und Depressive Erkrankungen / [Marneros A., H. S. Akiskal, J. Angst, et al.]. — Georg Thieme Verlag: Stuttgart — New York, 2004. — 781 s.

Надійшла до редакції 05.12.2011 р.

Н. А. Байбарак

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

Клинико-типологические варианты рекуррентного депрессивного расстройства с длительным течением

На основе проведенного клинико-катамнестического и анамнестического исследования больных с рекуррентным депрессивным расстройством с длительным течением были выделены четыре клинико-типологических варианта и изучена их синдромодинамика. Выявлена различная их клиническая структура и степень благоприятности течения (от первого — наиболее благоприятного, до четвертого — наиболее неблагоприятного) и появление и изменение «позитивной и негативной аффективности» в ремиссии.

Ключевые слова: рекуррентное депрессивное расстройство, варианты течения, интермиссия, ремиссия, позитивная и негативная аффективность, синдромодинамика.

N. A. Baybarak

State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine" (Kharkiv)

Clinical and typological variants recurrent depressive disorder with long flow course

Based on the clinical catamnestic and anamnestic studies were distinguished four clinical typological variants of recurrent depressive disorder with a long flow, and studied their syndromodynamics. Identified a variety of clinical structure and the degree of favorability of these (from the first — the most favorable, the fourth — a worst-case) and the appearance and modifications of the "positive and negative affectivity" in remission.

Key words: recurrent depressive disorder, variants course, inter remission, remission, positive and negative affectivity, syndromodynamics.