

©В. Ю. Федченко

ДУ "Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України", м. Харків

РОЛЬ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ У ПРОГНОЗІ ПЕРЕБІГУ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ

Резюме. В сучасних умовах особливої актуальності набуває визначення факторів прогнозу формування, перебігу та виходу депресивних розладів, що дозволить розробити персоналізовані підходи до терапії і сприятиме не лише зменшенню чисельності форм із затяжним та хронічним перебігом, але й зниженню соціально-економічних наслідків цих розладів для суспільства. **Мета дослідження** – вивчити вплив клініко-психопатологічних факторів на прогноз тяжкості перебігу та виходу депресивних розладів.

Матеріали і методи. Для аналізу отриманих даних застосовували методи описової статистики та метод множинного регресійного аналізу за процедурою покрокового включення. Параметри оцінки перебігу депресивних розладів з урахуванням клініко-психопатологічних факторів у рамках даного дослідження включали: тяжкість депресивного розладу (за шкалою CGI – S); вихід депресивного розладу (за шкалою CGI – I).

Результати досліджень та їх обговорення. Клініко-психопатологічними факторами сприятливого прогнозу тяжкості депресивного розладу є: критичність до свого стану, соціальна та професійна реалізованість (відсутність порушень у сфері робота та діяльність), самоповага (відсутність почуття провини за власну неспроможність), адекватне сприйняття мікросоціального оточення (відсутність параноїдних симптомів у вигляді недовірливого ставлення до навколишніх та очікування осуду), суб'єктивне збереження здатності отримувати задоволення від життя. В якості факторів несприятливого прогнозу тяжкості депресивного розладу виступають: ендогенна ініціальна маніфестація захворювання (відсутність в анамнезі провокуючих факторів психічної травматизації), загальмованість, суїцидальні наміри, рання інсомнія, втрата у масі, почуття провини, параноїдні симптоми у вигляді недовірливого ставлення до навколишніх та очікування осуду, зниження критичності до свого стану, порушення у сфері соціально-професійної реалізації, суб'єктивне відчуття занепокоєння, ідеї самоприниження (відчуття себе гіршим за інших). Сприятливий прогноз виходу депресивного розладу визначають: редукція почуття провини, іпохондричних розладів, obsесивно-компульсивних симптомів у вигляді нав'язливих думок щодо власної неспроможності та відсутності перспектив, загальмованості при відновленні соціально-професійного функціонування та критичності до власного стану. В якості факторів несприятливого прогнозу виходу депресивного розладу виступають: збереження в структурі клінічної симптоматики іпохондричних розладів, тривоги, obsесивно-компульсивних симптомів у вигляді нав'язливих думок щодо власної неспроможності та відсутності перспектив, почуття провини.

Висновки. Результати представленого дослідження доводять, що особливості клінічної структури розладу, суб'єктивне сприйняття пацієнтами свого стану, фактор ініціальної маніфестації захворювання впливають на формування тяжкості депресивного розладу, його вихід і можуть використовуватись в якості факторів прогнозу та специфічних мішеней лікувально-реабілітаційних заходів.

Ключові слова: депресивні розлади; прогностичні фактори; тяжкість перебігу; вихід розладу.

ВСТУП Актуальність проблеми депресивних розладів зумовлена їх високим поширенням, тенденцією до хронізації, рецидивування, резистентності, порушень соціального функціонування, зниження якості та тривалості життя, що потребує особливої уваги, передусім, у плані ранньої діагностики та адекватної терапії. У цих умовах особливої актуальності набуває визначення факторів прогнозу формування, перебігу та виходу депресивних розладів, що дозволить розробити персоналізовані підходи до терапії і сприятиме не лише зменшенню чисельності форм із затяжним та хронічним перебігом, але й зниженню соціально-економічних наслідків цих розладів для суспільства [1–5].

Метою дослідження було вивчити вплив клініко-психопатологічних факторів на прогноз тяжкості перебігу та виходу депресивних розладів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Для аналізу отриманих даних застосовували методи описової статистики та метод множинного регресійного аналізу за процедурою покрокового включення. Параметри оцінки перебігу депресивних розладів з урахуванням клініко-психопатологічних факторів у рамках даного дослідження включали: тяжкість депресивного розладу (за шкалою CGI – S); вихід депресивного розладу (за шкалою CGI – I). Проведене обстеження 122 хворих, серед яких 40 мали депресивні епізоди (F 32.0, 32.1, 32.2), 44 пацієнти – рекурентні депресивні розлади (F 33.0, 33.1, 33.2), 38 пацієнтів – дистимію (F 34.1). Діагноз депресивних розладів встановили з урахуванням критеріїв МКХ-10.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Для визначення ролі клініко-психопатологічних факторів у прогнозі тяжкості депресивного розладу проведено регресійний аналіз за процедурою покрокового включення, де в якості залежної змінної була тяжкість депресивних розладів за шкалою CGI – S, а в якості незалежних змінних – вік початку та тривалість захворювання, психогенна або ендогенна ініціальна маніфестація захворювання, особливості клінічної структури та вираження клінічних проявів розладу (за шкалою HDRS) та суб'єктивна оцінка пацієнтами власного стану (за шкалою CES – D).

У таблицях 1–3 представлено клініко-психопатологічні фактори, що зумовлюють тяжкість депресивного розладу (за результатами регресійного аналізу наведено лише статистично значущі ознаки).

Регресійна модель дозволяє пояснити 77,80 % випадків, узятих у дослідження ($R^2=0,778$) (табл. 1). Аналіз залишків за результатами тесту Дарбіна–Уотсона продемонстрував відсутність між ними системних зв'язків ($d=2,31$), що свідчить про відсутність ефекту колінеарності та дає можливість інтерпретувати отримані дані.

Згідно з отриманими даними, клініко-психопатологічними факторами, що прогнозують формування тяжкого ступеня депресивного розладу, виступають такі клінічні прояви, як добові коливання стану ($\beta=0,38$, $p=0,00001$), суїцидальні наміри ($\beta=0,35$, $p=0,00003$), загальмованість ($\beta=0,26$, $p=0,00002$), загальні соматичні симптоми ($\beta=0,20$, $p=0,00000$), втрата у масі ($\beta=0,14$, $p=0,005$), зниження критичності до свого стану ($\beta=-0,15$, $p=0,001$),

а також ендогенна ініціальна маніфестація захворювання ($\beta=0,10$, $p=0,02$).

Регресійна модель дозволяє пояснити 78,50 % випадків, узятих у дослідження ($R^2=0,785$) (табл. 2). Аналіз

Таблиця 1. Результати регресійного аналізу для залежної змінної “Тяжкий ступінь розладу”

Залежна змінна “Тяжкий ступінь розладу” $R^2=0,778$ $d=2,31$	β	p
Показник за шкалою HDRS:		
8 – загальмованість	0,26	0,000 021
18 – добові коливання стану	0,38	0,000 010
3 – суїцидальні наміри	0,35	0,000 003
13 – загальні соматичні симптоми	0,20	0,000 000
17 – критичність	-0,15	0,001 129
16 – втрата у масі	0,14	0,004 719
Ендогенна ініціальна маніфестація захворювання	0,10	0,024 160

Примітка. R^2 – коефіцієнт детермінації; d – показник Дарбіна–Уотсона; β – β -коефіцієнт (стандартизований коефіцієнт регресії); p – статистична вірогідність.

Таблиця 2. Результати регресійного аналізу для залежної змінної “Помірний ступінь розладу”

Залежна змінна “Помірний ступінь розладу” $R^2=0,785$ $d=1,83$	β	p
Показник за шкалою HDRS:		
7– робота та діяльність	0,25	0,002 273
4 – інсомнія рання	0,26	0,000 328
3 – суїцидальні наміри	-0,34	0,000 045
2 – почуття провини	0,25	0,002 686
20 – параноїдні симптоми	0,26	0,002 838
8– загальмованість	-0,25	0,009 289
Показники за шкалою CES – D:		
10 – я відчуваю занепокоєння, страхи	0,21	0,004 652
2 – я не отримую задоволення від їжі, у мене поганий апетит	0,21	0,007 785
4 – мені здається, що я не гірший за інших	-0,20	0,010 633

Примітка. R^2 – коефіцієнт детермінації; d – показник Дарбіна–Уотсона; β – β -коефіцієнт (стандартизований коефіцієнт регресії); p – статистична вірогідність.

Таблиця 3. Результати регресійного аналізу для залежної змінної “Легкий ступінь розладу”

Залежна змінна “Легкий ступінь розладу” $R^2=0,769$ $d=1,63$	β	p
Показник за шкалою HDRS:		
7 – робота та діяльність	-0,41	0,000 000
16 – втрата у масі	-0,44	0,000 000
4 – інсомнія рання	-0,31	0,000 006
2 – почуття провини	-0,20	0,000 000
20 – параноїдні симптоми	-0,50	0,008 198
17 – критичність	0,16	0,000 459
10 – психічна тривога	-0,14	0,038 756
Показники за шкалою CES – D:		
10 – я відчуваю занепокоєння, страхи	-0,18	0,006 759
16 – життя приносить мені задоволення	0,17	0,046 809
2 – я не отримую задоволення від їжі, у мене поганий апетит	-0,19	0,008 181
19 – мені здається, що люди мене не люблять	-0,16	0,037 289
4 – мені здається, що я не гірший за інших	0,17	0,016 009

Примітки. R^2 – коефіцієнт детермінації; d – показник Дарбіна–Уотсона; β – β -коефіцієнт (стандартизований коефіцієнт регресії); p – статистична вірогідність.

залишків за результатами тесту Дарбіна–Уотсона продемонстрував відсутність між ними системних зв'язків ($d=1,83$), що свідчить про відсутність ефекту колінеарності та дає можливість інтерпретувати отримані дані.

За результатами регресійного аналізу, клініко-психопатологічними факторами, що прогнозують формування помірного ступеня депресивного розладу, виступають такі клінічні прояви, як рання інсомнія ($\beta=0,26$, $p=0,0003$), параноїдні симптоми у вигляді недовірливого ставлення до навколишніх та очікування осуду ($\beta=0,26$, $p=0,003$), почуття провини ($\beta=0,25$, $p=0,003$), порушення у сфері роботи та діяльності ($\beta=0,25$, $p=0,002$), при цьому відсутність суїцидальних намірів ($\beta=-0,34$, $p=0,00005$) та загальмованості ($\beta=-0,25$, $p=0,009$); а також прояви суб'єктивної оцінки власного стану такі, як відчуття занепокоєння, страху ($\beta=0,21$, $p=0,005$), відсутність задоволення від їжі, поганий апетит ($\beta=0,21$, $p=0,008$), ідеї самоприпинення, відчуття себе гіршим за інших ($\beta=0,21$, $p=0,008$).

Регресійна модель дозволяє пояснити 76,90 % випадків, узятих у дослідження ($R^2=0,769$) (табл. 3). Аналіз залишків за результатами тесту Дарбіна–Уотсона продемонстрував відсутність між ними системних зв'язків ($d=1,63$), що свідчить про відсутність ефекту колінеарності та дає можливість інтерпретувати отримані дані, які свідчать, що клініко-психопатологічними факторами, які прогнозують формування легкого ступеня депресивного розладу, виступають такі клінічні прояви, як збереження критичності до свого стану ($\beta=0,16$, $p=0,0005$) та відсутність у клінічній картині параноїдних симптомів ($\beta=-0,50$, $p=0,008$), втрата у масі ($\beta=-0,44$, $p=0,000000$), порушень у сфері роботи та діяльності ($\beta=-0,41$, $p=0,000000$), ранньої інсомнії ($\beta=-0,31$, $p=0,000006$), почуття провини ($\beta=-0,20$, $p=0,000000$) та психічної тривоги ($\beta=-0,14$, $p=0,04$); а також прояви суб'єктивної оцінки власного

стану такі, як збереження здатності отримувати задоволення від життя ($\beta=0,17$, $p=0,05$), самоповаги ($\beta=0,17$, $p=0,02$), нормального апетиту ($\beta=-0,19$, $p=0,008$), відсутність занепокоєння, страхів ($\beta=-0,18$, $p=0,007$) та очікувань негативного ставлення з боку навколишніх ($\beta=-0,16$, $p=0,04$).

Таким чином, клініко-психопатологічними факторами прогнозу тяжкості депресивного розладу виступають об'єктивні клінічні прояви та ендогенна ініціальна маніфестація захворювання, що необхідно враховувати при виборі адекватної терапії, а також суб'єктивна оцінка пацієнтом власного стану, на яку доцільно спиратися при диференційованому психотерапевтичному втручанні.

Вихід депресивного розладу оцінювали за результатами редукції депресивної симптоматики та нормалізації соціального функціонування пацієнта за результатами зіставлення даних обстеження до лікування та на 24 день терапії за допомогою шкали CGI-I. Для визначення ролі клініко-психопатологічних факторів у прогнозі виходу депресивного розладу проведено регресійний аналіз за процедурою покрокового включення, де в якості залежної змінної був вихід депресивних розладів за шкалою CGI-I на 24 день терапії, а в якості незалежних змінних – вік початку та тривалість захворювання, психогенна або ендогенна ініціальна маніфестація захворювання, динаміка особливостей клінічної структури та вираження клінічних проявів розладу (за шкалою HDRS на 24 день терапії).

У таблицях 4–6 представлено клініко-психопатологічні фактори, що зумовлюють вихід депресивного розладу (за результатами регресійного аналізу наведено лише статистично значущі ознаки).

Дані описують 56,90 % випадків, представлених у дослідженні ($R^2=0,569$) (табл. 4). Відмічено відсутність системних кореляцій між залишками за показником Дар-

Таблиця 4. Результати регресійного аналізу для залежної змінної “Виражене покращення стану”

Залежна змінна “Виражене покращення стану” $R^2=0,569$ $d=1,87$	β	p
Показник за шкалою HDRS:		
7 – робота та діяльність	-0,40	0,000 069
17 – критичність	0,35	0,000 299
2 – почуття провини	-0,24	0,012 949
15 – іпохондричні розлади	-0,24	0,018 375

Примітка. R^2 – коефіцієнт детермінації; d – показник Дарбіна–Уотсона; β – β -коефіцієнт (стандартизований коефіцієнт регресії); p – статистична вірогідність.

Таблиця 5. Результати регресійного аналізу для залежної змінної “Мінімальне поліпшення стану”

Залежна змінна “Мінімальне поліпшення стану” $R^2=0,601$ $d=2,00$	β	p
Показник за шкалою HDRS:		
8 – загальмованість	-0,37	0,000 052
7 – робота та діяльність	0,46	0,000 002
17 – критичність	-0,25	0,004 199
21 – obsесивні та компульсивні симптоми	-0,31	0,003 965

Примітка. R^2 – коефіцієнт детермінації; d – показник Дарбіна–Уотсона; β – β -коефіцієнт (стандартизований коефіцієнт регресії); p – статистична вірогідність.

Таблиця 6. Результати регресійного аналізу для залежної змінної "Відсутність динаміки стану"

Залежна змінна "Відсутність динаміки стану" R ² =0,484 d=1,78	β	p
Показник за шкалою HDRS:		
15 – іпохондричні розлади	0,43	0,000 015
10 – психічна тривога	0,24	0,011 903
21 – obsesivні та компульсивні симптоми	0,22	0,033 209
2 – почуття провини	0,17	0,047 350

Примітка. R² – коефіцієнт детермінації; d – показник Дарбіна–Уотсона; β – β-коефіцієнт (стандартизований коефіцієнт регресії); p – статистична вірогідність.

біна–Уотсона (d=1,87), що дає можливість інтерпретувати результати.

За результатами регресійного аналізу, отримано наявність лінійного зв'язку між виходом розладу (за результатами шкали CGI-I на 24 день терапії) та його клінічними проявами (за результатами шкали HDRS на 24 день терапії). Впливу віку початку розладу, тривалості розладу, психогенної або ендогенної ініціальної маніфестації захворювання на вихід депресивного розладу не було виявлено. Виражене поліпшення стану прогнозують: відновлення соціального функціонування – редукція порушень у сфері роботи та діяльності (β=-0,40, p=0,00007) та критичності до свого стану (β=0,35, p=0,0003), редукція почуття провини (β=-0,24, p=0,01) та іпохондричних розладів (β=-0,24, p=0,02).

Дані описують 60,10 % випадків, представлених в дослідженні (R²=0,601) (тал. 5). Відмічено відсутність системних кореляцій між залишками за показником Дарбіна–Уотсона (d=2,00), що дає можливість інтерпретувати результати.

Мінімальне поліпшення стану прогнозують: редукція загальмованості (β=-0,37, p=0,00005), obsesivних та компульсивних симптомів у вигляді нав'язливих думок щодо власної неспроможності та відсутності перспектив (β=-0,31, p=0,004) при збереженні порушень у сфері роботи та діяльності (β=0,46, p=0,000 002) і зниження критичності до свого стану (β=-0,25, p=0,004).

Дані описують 48,40 % випадків, представлених в дослідженні (R²=0,484) (табл. 6). Відмічено відсутність системних кореляцій між залишками за показником Дарбіна–Уотсона (d=1,78), що дає можливість інтерпретувати результати.

Відсутність динаміки стану прогнозують: наявність іпохондричних розладів (β=0,46, p=0,000 002), психічну тривогу (β=0,24, p=0,01), obsesivні та компульсивні симптоми у вигляді нав'язливих думок щодо власної неспроможності та відсутності перспектив (β=0,22, p=0,03), почуття провини.

ВИСНОВКИ 1. Сукупність отриманих даних дає можливість визначити фактори сприятливого та відповідно несприятливого прогнозу перебігу депресивних розладів. Так, клініко-психопатологічними факторами сприятливого про-

гнозу тяжкості депресивного розладу є: критичність до свого стану, соціальна та професійна реалізованість (відсутність порушень у сфері роботи та діяльності), самоповага (відсутність почуття провини за власну неспроможність), адекватне сприйняття мікросоціального оточення (відсутність параноїдних симптомів у вигляді недовірливого ставлення до навколишніх та очікування осуду), суб'єктивне збереження здатності отримувати задоволення від життя.

2. У свою чергу, в якості факторів несприятливого прогнозу тяжкості депресивного розладу виступають: ендогенна ініціальна маніфестація захворювання (відсутність в анамнезі провокуючих факторів психічної травматизації), загальмованість, суїцидальні наміри, рання інсомнія, втрату маси, почуття провини, параноїдні симптоми у вигляді недовірливого ставлення до навколишніх та очікування осуду, зниження критичності до свого стану, порушення у сфері соціально-професійної реалізації, суб'єктивне відчуття занепокоєння, ідеї самоприниження (відчуття себе гіршим за інших).

3. Клініко-психопатологічні фактори прогнозу виходу депресивного розладу були пов'язані безпосередньо з особливостями структури клінічної симптоматики. Так, сприятливий прогноз виходу депресивного розладу визначають: редукція почуття провини, іпохондричних розладів, obsesivно-компульсивних симптомів у вигляді нав'язливих думок щодо власної неспроможності та відсутності перспектив, загальмованості при відновленні соціально-професійного функціонування та критичності до власного стану.

4. В якості факторів несприятливого прогнозу виходу депресивного розладу виступають: збереження в структурі клінічної симптоматики іпохондричних розладів, тривоги, obsesivно-компульсивних симптомів у вигляді нав'язливих думок щодо власної неспроможності та відсутності перспектив, почуття провини.

5. Результати представленого дослідження доводять, що особливості клінічної структури розладу, суб'єктивне сприйняття пацієнтами свого стану, фактор ініціальної маніфестації захворювання впливають на формування тяжкості депресивного розладу, його вихід і можна їх використовувати в якості факторів прогнозу та специфічних мішеней лікувально-реабілітаційних заходів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Марута Н. О. Клініко-психологічні особливості хворих на депресію з різним рівнем медикаментозного комплаєнсу (діагностика і корекція) / Н. О. Марута, Д. О. Жупанова // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, вип. 1 (86). – С. 5–11.

2. Psychotherapies for depression in low- and middle-income countries: a meta-analysis / P. Cuijpers, E. Karyotaki, M. Reijnders [et al.] // World Psychiatry. – 2018. – Vol. 17, Issue 1. – P. 90–101.

3. Dold M. The relation between major depressive disorder and

comorbid generalized anxiety disorder – results from a European multicenter, cross-sectional survey / M. Dold, L. Bartova, D. Souery [et al.] // *European Neuropsychopharmacology*. – 2017. – Vol. 27, Suppl. 4. – P. S799–S800.

4. Functional recovery in patients with major depressive disorder (MDD) – the role of cognitive symptoms in real life clinical practice /

I. Gkolia, A. Galanopoulos, I. Michopoulos [et al.] // *European Neuropsychopharmacology*. – 2017. – Vol. 27, Suppl. 4. – P. S862.

5. Serra-Blasco M. The effect of cognition in the well-being of patients with major depression / M. Serra-Blasco, E. Aguilar, M. Vicent-Gil [et al.] // *European Neuropsychopharmacology*. – 2017. – Vol. 27, Suppl. 4. – P. S790.

Отримано 04.09.18

Електронна адреса для листування: vfedchenko83@ukr.net

©V. Yu. Fedchenko

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine

THE ROLE OF CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FACTORS IN THE FORECAST OF DEPRESSIVE DISORDERS

Summary. In today's conditions, the definition of the factors of course and release formation prediction of depressive disorders, which will allow the development of personified approaches to therapy and will contribute not only to the reduction of the number of forms with protracted and chronic course but also to the reduction of socio-economic consequences of these disorders for society, will become important.

The aim of the study – to learn the influence of clinical and psychopathological factors on the prediction of the severity of the course and the outcome of depressive disorders.

Materials and Methods. For the analysis of the obtained data, the methods of descriptive statistics and the method of multiple regression analysis using the step-by-step method were used. Parameters of evaluation of the course of depressive disorders, taking into account clinical and psychopathological factors in the framework of this study included: the severity of depressive disorder (on the scale of CGI-S); the outcome of depressive disorder (on the scale of CGI-I).

Results and Discussion. Clinical and psychopathological factors of the favorable prediction of the severity of depressive disorder are: critical to their condition, social and professional implementation (absence of violations in the field of work and activity), self-esteem (lack of sense of guilt for their own failure), adequate perception of the microsocial environment (no paranoid symptoms in the form of distrustful attitude towards others and expectations of censure), subjective preservation of the ability to enjoy life. As factors of the adverse prediction of the severity of depressive disorder are: endogenous initial manifestation of the disease (absence in the history of provoking factors of mental traumatism), inhibition, suicidal intentions, early insomnia, weight loss, feelings of guilt, paranoid symptoms in the form of distrustful attitude to others and expectations of condemnation, reduction of criticality to the state, violation in the sphere of social and professional implementation, subjective feeling of anxiety, ideas of self-deprecation (feeling worse than others). The favorable prognosis for the outcome of depressive disorder is determined by: reduction of guilt, hypochondria, obsessive – compulsive symptoms in the form of obsessive thoughts about their own insolvency and lack of prospects, inhibition in restoring social and professional functioning and criticality to their own condition. As factors of unfavorable prognosis for the outcome of depressive disorder are: maintaining in the structure of clinical symptoms of hypochondria, anxiety, obsessive–compulsive symptoms in the form of obsessive thoughts about their own insolvency and lack of prospects, feelings of guilt.

Conclusions. The results of the presented study prove that the features of the clinical structure of the disorder, the subjective perception of patients by their condition, the factor of the initial manifestation of the disease affect the formation of the severity of depression, its outcome and can be used as factors of prognosis and specific targets of therapeutic and rehabilitation measures.

Key words: depressive disorders; prognostic factors; severity of the course; outcome of the disorder.

©В. Ю. Федченко

ГУ “Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины” г. Харьков

РОЛЬ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ПРОГНОЗЕ ТЕЧЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Резюме. В современных условиях особую актуальность приобретает определение факторов прогноза формирования, течения и исхода депрессивных расстройств, что позволит разработать персонифицированные подходы к терапии и будет способствовать не только уменьшению численности форм с затяжным и хроническим течением, но и снижению социально-экономических последствий этих расстройств для общества.

Цель исследования – изучить влияние клинико-психопатологических факторов на прогноз тяжести течения и исхода депрессивных расстройств.

Материалы и методы. Для анализа полученных данных применялись методы описательной статистики и метод множественного регрессионного анализа по процедуре пошагового включения. Параметры оценки течения депрессивных расстройств с учетом клинико-психопатологических факторов в рамках данного исследования включали: тяжесть депрессивного расстройства (по шкале CGI-S); исход депрессивного расстройства (по шкале CGI-I).

Результаты исследований и их обсуждение. Клинико-психопатологическими факторами благоприятного прогноза тяжести депрессивного расстройства являются: критичность к своему состоянию, социальная и профессиональная реализованность (отсутствие нарушений в сфере работы и деятельности), самоуважение (отсутствие чувства вины за собственную несостоятельность), адекватное восприятие микросоциального окружения (отсутствие параноидных симптомов в виде недоверчивого отношения к окружающим и ожидания осуждения), субъективное сохранение способности получать удовольствие от жизни. В качестве факторов неблагоприятного прогноза тяжести депрессивного расстройства выступают: эндогенная инициальная манифестация заболевания (отсутствие в анамнезе провоцирующих факторов психической травматизации), заторможенность, суицидальные намерения, ранняя инсомния, потеря веса, чувство вины, параноидные симптомы в виде недоверчивого отношения к окружающим и ожидания осуждения, снижение критичности к своему состоянию, нарушения в сфере

социально-профессиональной реализации, субъективное ощущение беспокойства, идеи самоуничтожения (ощущение себя хуже окружающих). Благоприятный прогноз исхода депрессивного расстройства определяют: редукция чувства вины, ипохондрических расстройств, обсессивно-компульсивных симптомов в виде навязчивых мыслей о собственной несостоятельности и отсутствия перспектив, заторможенности при восстановлении социально-профессионального функционирования и критичности к собственному состоянию. В качестве факторов неблагоприятного прогноза исхода депрессивного расстройства выступают: сохранение в структуре клинической симптоматики ипохондрических расстройств, тревоги, обсессивно-компульсивных симптомов в виде навязчивых мыслей о собственной несостоятельности и отсутствия перспектив, чувство вины.

Выводы. Результаты представленного исследования доказывают, что особенности клинической структуры расстройства, субъективное восприятие пациентами своего состояния, фактор инициальной манифестации заболевания влияют на формирование тяжести депрессивного расстройства, его исход и могут использоваться в качестве факторов прогноза и специфических мишеней лечебно-профилактических мероприятий.

Ключевые слова: депрессивные расстройства; прогностические факторы; тяжесть течения; исход расстройства.