11. Resick P. A., Nishith P., Weaver T. L. A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims // J Consult Clin Psychol. 2002 Aug; 70(4): 867—79.

12. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів : посібник для ведучих груп / Горбунова В. В., Карачевський А. Б., Климчук В. О. [та ін.]. Retviewed from https://drive.google.com/file/d/0B-PggjsiGlEgX3A5UGdCenlPekU/view.

13. Paula Domenici Military Patients: Recommendations for Treating Service Members // The national register report. 2016. Retviewed from https://www.nationalregister.org/pub/the-national-register-report-pub/the-register-report-fall-2016/military-patients-recommendations-for-treating-service-members/.

14. Cognitive-behavioral Therapy for Late-life Anxiety: Similarities and Differences between Veteran and Community Participants / Terri L. Barrera, Jeffrey A. Cully, Amber B. Amspoker [et al.] // J Anxiety Disorders. 2015. 33: 72—80. DOI: 10.1016/j.janxdis.2015.04.005.

15. Najavits L. M. Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder. In: A guide to treatments that work. New York, NY : Oxford University Press; 2007. P. 513—29.

16. Hundt N. E., Barrera T. L., Robinson A., Cully J. A. A Systematic Review of Cognitive Behavioral Therapy for Depression in Veterans // Military Medicine. 2014. 179, 9: 942. DOI: 10.7205/MILMED-D-14-00128.

17. Preliminary study of a new integrative approach in treating post-traumatic stress disorder: SEE FAR CBT / Mooli Lahad, Moshe Farhi, Dmitry Leykin, Nira Kaplansky // The Arts in Psychotherapy. 2010. 37(5): 391—399. DOI: 10.1016/j.aip.2010.07.003}.

18. Albright D. L., Thyer B. Does EMDR reduce post-traumatic stress disorder symptomatology in combat veterans? // Behavioral Interventions. 2010; 25(1): 1—19. DOI: 10.1002/bin.295.

19. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми : монографія. К. : Талком, 2016. 246 с.

20. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder / Ursano R. J., Bell C., Eth S. [et al.] // Am J Psychiatry. 2004 Nov; 161(11 Suppl): 3—31. Практичне керівництво по лікуванню пацієнтів з гострою реакцією на стрес та посттравматичним стресовим розладом / пер. з англ. здійснено волонтерами Психологічної служби Майдану, наук. ред. Катерина Явна. 2014. С. 39, 63. URL : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15617511.

21. Guidelines. Summarising clinical guidelines for primary care (PTSD guideline, 2004, 2011, 2014). URL : www.nice.co.uk.

Надійшла до редакції 27.09.2018 р.

СТЕБЛЮК Всеволод Володимирович, доктор медичних наук, професор, заступник начальника Української військово-медичної академії, м. Київ, Україна

ПРОНОЗА-СТЕБЛЮК Катерина Володимирівна, магістр психології, науковий співробітник Державної установи «Інститут нейрохірургії імені академіка А. П. Ромоданова Національної академії медичних наук України», м. Київ, Україна

STEBLIUK Vsevolod, Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Head of the Ukrainian Military Medical Academy, Kyiv, Ukraine

PRONOZA-STEBLIUK Kateryna, Magister of Psychology, Researcher of the State Institution "Academician A. P. Romodanov Institute of Neurosurgery of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kyiv, Ukraine

УДК 616.89-008.9-036

В. Ю. Федченко

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ ФОРМУВАННЯ, ПЕРЕБІГУ ТА ВИХОДУ ДИСТИМІЇ

В. Ю. Федченко

Клинико-психопатологические факторы формирования, течения и исхода дистимии

V. Fedchenko

Clinical-psychopathological factors of formation, course and outcome of dysthymia

В статті викладені результати визначення клініко-психопатологічних та анамнестичних особливостей дистимії, що мають прогностичну значущість для діагностики та терапії цих станів. Встановлені зв'язки між маніфестацією дистимії та віком початку, а також виходом розладу, вплив маніфестації та віку початку розладу на структуру клінічної симптоматики. Виокремлені провідні синдромокомплекси, які притаманні дистимії з ендогенною та психогенною маніфестацією, що доцільно враховувати для розроблення персоніфікованих терапевтичних та реабілітаційних заходів під час надання спеціалізованої психіатричної допомоги.

Ключові слова: дистимія, фактори формування, перебігу, виходу

В статье изложены результаты определения клинико-психопатологических и анамнестических особенностей дистимии, имеющих прогностическую значимость для диагностики и терапии этих состояний. Установлены связи между манифестацией дистимии и возрастом начала, а также исходом расстройства, влияние манифестации и возраста начала расстройства на структуру клинической симптоматики. Выделены ведущие синдромокомплексы, присущие дистимии с эндогенной и психогенной манифестацией, что целесообразно учитывать для разработки персонифицированных терапевтических и реабилитационных мероприятий при оказании специализированной психиатрической помощи.

Ключевые слова: дистимия, факторы формирования, течения, исхода

The article presents the results of the definition of clinical and psychopathological and anamnestic features of dysthymia, which have a prognostic significance for the diagnosis and therapy of these conditions. Relationships between the manifestation of dysthymia and the age of the beginning, as well as the outcome of the disorder, the effect of the manifestation and age of the onset of the disorder on the structure of clinical symptoms were established. Separate leading syndromic complexes, characterized by dysthymia with endogenous and psychogenic manifestations, are appropriate to be taken into account for the development of personified therapeutic and rehabilitation measures in the provision of specialized psychiatric care.

Key words: dysthymia, factors of formation, course, outcome

Протягом кількох останніх десятиліть висока поширеність та вираженість медико-соціальних наслідків депресивних розладів у вигляді хронізації, рецидивування, резистентності, порушень соціального функціонування, зниження якості життя та суїцидальної поведінки ставлять проблему в ранг найбільш актуальних, що потребують вивчення в плані ранньої діагностики та адекватної терапії [1—4]. Диференційований підхід в аналізі типологічних особливостей афективного компонента, структурно-синдромологічних і біологічних складових депресивних розладів дозволить точніше визначати взаємозв'язок, психопатологічне і клінічне значення депресивних симптомів, цілеспрямовано удосконалювати терапевтичні та реабілітаційні підходи під час надання спеціалізованої психіатричної допомоги [5—8]. При цьому питання клініко-психопатологічних особливостей

© Федченко В. Ю., 2018

дистимії потребує подальшого вивчення з урахуванням її динаміки та характеру редукції симптоматики, що може стати визначальними для прогнозу ефективності лікування. Тому метою роботи стало вивчення клініко-психопатологічних та анамнестичних особливостей дистимії для визначення факторів її формування, перебігу та виходу.

Для реалізації поставленої мети були обстежені 38 хворих на дистимію (F34.1), діагноз був встановлений з урахуванням критеріїв МКХ-10. Використовували комплексний підхід, що включав такі методи: клініко-психопатологічний (вивчення скарг, клінічного анамнезу, психопатологічного стану та його динаміки); психодіагностичний, на базі Шкали Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) [9] та Шкали загального клінічного враження (Clinical Global Impression Scale — CGI) [10]; методи математичної статистики.

Загальну характеристику обстежуваних хворих наведено в таблиці 1.

Таблиця 1. **Загальна характеристика обстежених хворих на дистимію**

Показник, який оцінюється	Основна група (n = 38)
Стать:	
— чоловіча	28,95 ± 7,46
— жіноча	71,05 ± 7,46
Вік, роки	
— 18—29	23,68 ± 6,99
— 30—39	23,68 ± 6,99
— 40—49	26,32 ± 7,24
— 50—59	21,05 ± 6,70
— 60—69	5,27 ± 3,67
Освіта:	
— середня	7,89 ± 4,43
— середня спеціальна	42,11 ± 8,12*
— незакінчена вища	2,63 ± 2,63
— вища	47,37 ± 8,21
Місце проживання:	
— місто	81,58 ± 6,37
— сільська місцевість	18,42 ± 6,37
Сімейний стан:	
— перебувають у шлюбі	47,37 ± 8,21
— не перебувають у шлюбі	52,63 ± 8,21
Соціальна зайнятість:	
— працюють	50,00 ± 8,22*
— не працюють	50,00 ± 8,22*
Характер праці:	
— розумова	73,68 ± 10,38
— фізична	26,32 ± 10,38

Примітка. Тут і далі дані наведено у форматі (% ± m %) — відсоток від абсолютної кількості ± помилка відсотку; * — різниці вірогідні при $p < 0,05$

Серед обстежених хворих на дистимію переважали жінки — 71,05 % осіб, які належали до вікової групи від 40 років до 49 років — 26,32 % осіб, мали вищу освіту — 47,37 % осіб, проживали в місті — 81,58 % осіб, не перебували у шлюбі — 52,63 % осіб (серед них 13,16 % осіб від загальної кількості обстежених становили вдівці, 7,89 % осіб — розлучені). При цьому, за рівнем соціальної зайнятості група хворих на дистимію поділилася порівну: 50,00 % обстежених мали постійну роботу і також 50,00 % не працювали (серед них 23,68 % осіб від загальної кількості обстежених не намагалися влаштуватися на роботу через хворобу, 23,68 % осіб досягли пенсійного віку, 2,64 % осіб були студентами). Здебільшого працевлаштовані пацієнти були зайняті розумовою працею — 73,68 % осіб.

Під час дослідження проведено ретельний аналіз анамнезу захворювання (табл. 2, 3). Треба зазначити, що до групи обстежених були включені хворі на дистимію з раннім (до 30 років) та пізнім (після 30 років) початком згідно з МКХ-10 і тривалістю захворювання не менше ніж 2 роки.

Таблиця 2. **Анамнестичні особливості перебігу дистимії в обстежених основної групи**

Показник, який оцінюється	Абсолютна кількість (n = 38)	% ± m %
Початок розладу:		
— ранній (до 30 років)	23	60,53 ± 8,04
— пізній (після 30 років)	15	39,47 ± 8,04
Тривалість розладу, років:		
— від 2 до 5	19	50,00 ± 8,22
— від 6 до 10	4	10,53 ± 5,05
— більше ніж 10	15	39,47 ± 8,04

В обстежених хворих здебільшого спостерігався ранній початок розладу в віці до 30 років (60,53 % осіб), у 39,47 % осіб зареєстрований більш пізній розвиток афективної патології — після 30 років. При цьому у половині випадків тривалість розладу за анамнезом становила від 2 до 5 років (50,00 % осіб), у чималої кількості обстежених тривалість розладу складала більше ніж 10 років (39,47 % осіб). Тривалість розладу від 6 до 10 років спостерігалася у 10,53 % осіб (*див.* табл. 2).

Крім того, під час вивчення анамнезу виявлено, що 52,63 % обстежених хворих безпосередньо пов'язували розвиток розладу з впливом дії психогенних чинників.

Зокрема, в структурі виявлених у обстежених хворих факторів психічної травматизації на початку захворювання (табл. 3) переважали пов'язані зі здоров'ям — 40,00 % (зокрема, важка хвороба або смерть близького члена родини) та пов'язані з сімейними стосунками — 40,00 % (зокрема, розлучення) чинники. По 10,00 % випадків склали групи факторів психічної травматизації у сфері професійної діяльності та соціально-психологічні.

Таблиця 3. **Структура провокуючих факторів психічної травматизації у хворих на дистимію**

Показник, який оцінюється	Фактор психічної травматизації (n = 20)
Пов'язаний зі здоров'ям власним/близького оточення	40,00 ± 11,24
Пов'язаний з сімейними/особистісними стосунками	40,00 ± 11,24
Пов'язаний з професійною діяльністю	10,00 ± 6,88
Соціально-економічний	0,00 ± 0,00
Соціально-психологічний	10,00 ± 6,88

Також важливо зауважити, що до основної групи обстежених увійшли хворі на первинну та «чисту» дистимію, що не була пов'язана з попередніми іншими психічними

розладами та не супроводжувалась більш вираженими та чіткими депресивними епізодами. На сучасному етапі дистимія являє собою різнорідну за походженням групу уніполярних афективних розладів, що характеризуються особистісними компонентами та поведінкою, притаманними депресивним розладам. Отже, в процесі дослідження група обстежених була поділена на дві підгрупи: хворі на дистимію з психогенною ініціальною маніфестацією (52,63 % осіб) та хворі на дистимію з ендогенною ініціальною маніфестацією (47,37 % осіб).

Під час оцінювання клінічної картини дистимії надавали увагу вивченню усього спектра клініко-психопатологічних проявів уніполярного афективного розладу (табл. 4). Структура клініко-психопатологічних проявів депресивного спектра у хворих на дистимію характеризувалася наявністю афективних, мотиваційно-вольових, когнітивних, психомоторних та соматичних порушень. Зокрема, аналіз результатів дослідження свідчить про те, що в усіх 100,00 % обстежених хворих провідним симптомом був пригнічений настрій.

Таблиця 4. **Клініко-психопатологічні прояви депресивного спектра у хворих основної групи**

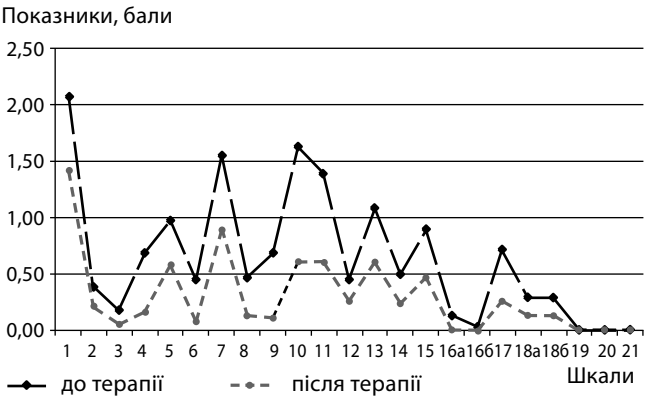
Показник, який оцінюється	% ± *m* % (*n* = 38)
Афективні прояви:	
— пригнічений настрій	100,00 ± 0,00
— відчуття туги	76,32 ± 6,99
— відчуття напруження	73,68 ± 7,24
— тривога	68,42 ± 7,64
— дратівливість	10,52 ± 5,04
Мотиваційно-вольові прояви:	
— зниження зацікавленості	78,95 ± 6,70
— зменшення активності та ініціативи	84,21 ± 5,99
— зниження продуктивності діяльності	57,89 ± 8,12
— відчуття провини, самозвинувачення, зниження самооцінки	65,79 ± 7,80
— неспроможність приймати рішення	36,84 ± 7,93
— відчуття відсутності перспективи у майбутньому	71,05 ± 7,46
— суїцидальні думки	00,00 ± 0,00
Когнітивні прояви:	
— погіршання пам'яті	52,63 ± 8,21
— зниження концентрації уваги	81,57 ± 6,37
— психічна виснаженість	76,32 ± 6,99
Психомоторні прояви:	
— ретардація (сповільнення рухів тіла, зниження експресії обличчя, звуження комунікаційної сфери)	15,79 ± 5,99
— ажитація (непосидючість, метушливість, безцільна неконтрольована гіперактивність)	0,00 ± 0,00
Соматичні прояви:	
Порушення базових функцій:	
— розлади сну	73,68 ± 7,24
— порушення апетиту	47,37 ± 8,21
— втрата маси тіла	10,53 ± 5,05
— зниження статевого потягу	52,63 ± 8,21
Порушення вітального тонусу функцій:	
— фізична стомлюваність	78,95 ± 6,70
— млявість та зниження енергії	89,47 ± 5,05
Неприємні тілесні відчуття (болю, напруження, важкості, оніміння тощо)	57,89 ± 8,12
Вісцеральні симптоми:	
— кардіоваскулярні	42,11 ± 8,12
— гастроінтестинальні	26,32 ± 7,24
— респіраторні	18,42 ± 6,37

Серед мотиваційно-вольових проявів найчастіше спостерігалося зменшення активності та ініціативи (84,21 %) та зниження зацікавленості (78,95 %), а в структурі когнітивних порушень — зниження концентрації уваги (81,57 %) та психічна виснаженість (76,32 %). Психомоторні порушення в групі обстежених були виражені в окремих випадках ретардацією (15,79 %), соматичні — переважно млявістю та зниженням енергії (89,74 %), фізичною стомлюваністю (78,95 %) та розладами сну (73,68 %).

Для об'єктивізації оцінки клінічної структури, вираженості поточної симптоматики та її редукції в динаміці використовували психометричні шкали: шкала депресії Гамільтона (HDRS, оцінка на 1-й та 24-й день перебування у стаціонарі), шкала загального клінічного враження (CGI— CGI-S і CGI-I, оцінка на 1-й і 24-й та 7-й і 24-й дні перебування у стаціонарі відповідно).

За шкалою HDRS установлено, що середнє значення балів у групі обстежених хворих на 1-й день перебування у стаціонарі становило (14,87 ± 1,40) балів. При цьому, після комплексної терапії (фармако- та психотерапії) на 24-й день перебування у стаціонарі середнє значення балів у цієї категорії хворих знизилося в 2 рази і складало (7,18 ± 2,02) балів.

Детальний аналіз середнього значення балів за пунктами шкали HDRS (рис. 1) виявив, що найбільші показники у хворих на дистимію до терапії відзначалися за такими шкалами: 1 — Депресивний настрій ((2,08 ± 0,43) балів), 10 — Психічна тривога ((1,63 ± 0,49) балів), 7 — Робота та діяльність ((1,55 ± 0,55) балів), 11 — Соматична тривога ((1,39 ± 0,59) балів), 13 — Загальні соматичні симптоми (зокрема, відчуття втрати енергії або занепаду сил) ((1,08 ± 0,36) балів).



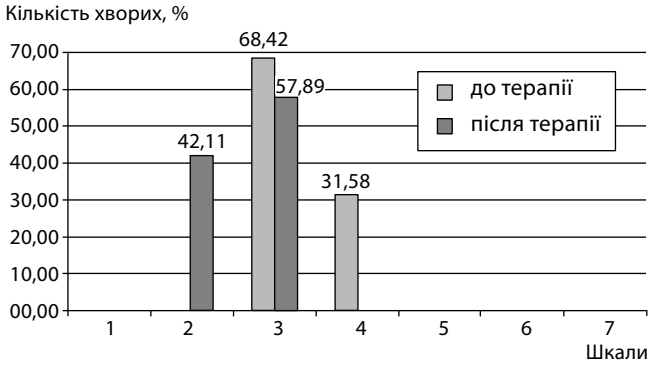
Умовні позначення пунктів шкали:
1 — Депресивний настрій; 2 — Почуття провини; 3 — Суїцидальні наміри; 4 — Інсомнія рання; 5 — Інсомнія середня; 6 — Інсомнія пізня; 7 — Робота та діяльність; 8 — Загальмованість; 9 — Ажитація; 10 — Психічна тривога; 11 — Соматична тривога; 12 — Шлунково-кишкові соматичні симптоми; 13 — Загальні соматичні симптоми; 14 — Генітальні симптоми; 15 — Іпохондричні розлади; 16а — Втрата маси тіла за анамнезом; 16б — Втрата маси тіла фактична; 17 — Критичність; 18а — Добові коливання; 18б — Добові коливання ступінь; 19 — Деперсоналізація та дереалізація; 20 — Параноїдні симптоми; 21 — Обсесивні та компульсивні симптоми

Рис. 1. **Динаміка показників шкали HDRS у хворих на дистимію на 1-й та 24-й день перебування в стаціонарі**

Оцінка стану хворих на дистимію в динаміці продемонструвала, що вираженість клінічних проявів за більшістю пунктів шкали HDRS (60,87 %) 1, 4—11, 13—16а та 17 після лікування вірогідно зменшилася порівняно з першим обстеженням ($t \geq 2,3677$), що переконливо

свідчить про ефективність обраної терапії. Найбільше зниження депресивної симптоматики спостерігалося за пунктами: 10 — Психічна тривога, 11 — Соматична тривога, 1 — Депресивний настрій, 7 — Робота та діяльність ($t \geq 9{,}0906$, $t \geq 6{,}2888$, $t \geq 6{,}1621$ та $t \geq 5{,}1468$ відповідно). Отже, оцінка стану хворих на 24-й день терапії свідчить про суттєве підвищення їх якості життя та соціальної адаптації.

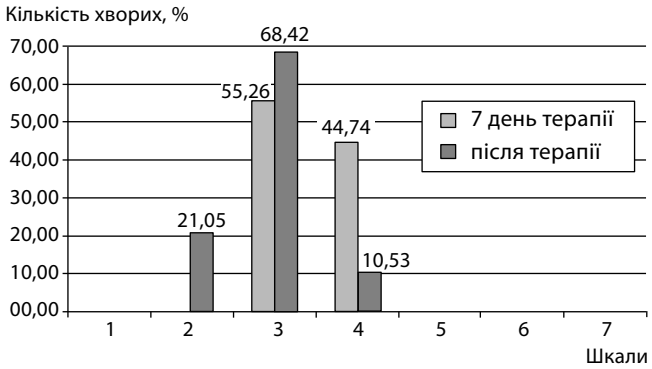
Вихідний ступінь вираженості психопатологічних проявів у хворих на дистимію за шкалою CGI-S розцінений як «хворий легкого ступеня» у (68,42 ± 7,64) % пацієнтів та як «хворий помірного ступеня» у (31,58 ± 7,64) % пацієнтів (рис. 2). На момент виписки зі стаціонару за шкалою CGI-S стан обстежених хворих відповідав «легкому» у (57,89 ± 8,12) % випадків та «пограничному» — у (42,11 ± 8,12) % випадків.



Умовні позначення шкал:
1 — Психічно здоровий; 2 — На межі психічного захворювання; 3 — Хворий легкого ступеня; 4 — Хворий помірного ступеня; 5 — Хворий значного ступеня; 6 — Хворий тяжкого ступеня; 7 — Належить до групи найбільш важко хворих пацієнтів

Рис. 2. **Динаміка стану хворих на дистимію за шкалою CGI-S**

Оцінка динаміки стану обстежених хворих за шкалою CGI-I на 7-й день лікування показала «мінімальне поліпшення» у (55,26 ± 8,17) % пацієнтів (рис. 3). При цьому у (44,74 ± 8,17) % хворих стан залишався незмінним. Повторна оцінка динаміки стану хворих на дистимію на 24-й день терапії за шкалою CGI-I продемонструвала «мінімальне» та «значне» поліпшення стану пацієнтів у (68,42 ± 7,64) % та (21,05 ± 6,70) % випадків відповідно. У (10,53 ± 5,05) % пацієнтів був зареєстрований майже незмінний стан.



Умовні позначення шкал:
1 — Дуже значне поліпшення; 2 — Значне поліпшення; 3 — Мінімальне поліпшення; 4 — Без змін; 5 — Мінімальне погіршання; 6 — Значне погіршання; 7 — Дуже значне погіршання

Рис. 3. **Динаміка стану хворих на дистимію за шкалою CGI-I**

Аналіз та узагальнення отриманих результатів були об'єктивізовані за допомогою статистичних методів дослідження. Для виявлення ймовірних зв'язків між віком початку розладу та його ґенезом у обстежених хворих був проведений кореляційний аналіз, що виявив позитивний кореляційний зв'язок між раннім початком (до 30 років) та ендогенним походженням дистимії ($r = 0{,}335$).

Вивчення впливу ґенезу розладу на структуру клінічної симптоматики (HDRS до терапії) з використанням кореляційного аналізу виявило, що дистимія з ендогенною маніфестацією асоційована з наявністю загальних соматичних симптомів (зокрема, відчуття втрати енергії або занепаду сил) ($r = 0{,}422$), почуття провини ($r = 0{,}365$), добових коливань стану ($r = 0{,}324$).

При цьому встановлено, що дистимія з психогенною маніфестацією пов'язана з наявністю в структурі клінічної симптоматики психічної тривоги ($r = 0{,}396$), інсомнії середньої (неспокійного нічного сну) ($r = 0{,}376$), соматичної тривоги ($r = 0{,}357$).

Вивчення впливу віку початку розладу на структуру клінічної симптоматики (HDRS до терапії) продемонструвало, що ранній початок (до 30 років) призводить до формування іпохондричних розладів ($r = 0{,}387$), інсомнії ранньої ($r = 0{,}369$), порушень у сфері роботи та діяльності ($r = 0{,}327$), тоді як більш пізній початок дистимії (після 30 років) впливає на формування загальних соматичних симптомів (зокрема, відчуття втрати енергії або занепаду сил) ($r = 0{,}428$), інсомнії середньої (неспокійного нічного сну) ($r = 0{,}405$), психічної тривоги ($r = 0{,}363$).

При цьому був встановлений зв'язок між ґенезом дистимії та виходом розладу (CGI-I після терапії). Зокрема, «значне» поліпшення стану було пов'язане з психогенною маніфестацією розладу ($r = 0{,}361$). При цьому залежності виходу дистимії у обстежених хворих від віку початку розладу не виявлено.

В результаті клініко-психопатологічного обстеження та об'єктивного оцінювання клінічної структури дистимії за допомогою шкали депресії Гамільтона (HDRS) виокремлені провідні синдромокомплекси, що притаманні ендогенній та психогенній маніфестації розладу (табл. 5).

Таблиця 5. **Провідні синдромокомплекси при дистимії з ендогенною та психогенною маніфестацією**

Синдромокомплекс	Ендогенна маніфестація ($n = 18$)	Психогенна маніфестація ($n = 20$)
Депресивний	100,00 ± 0,00	100,00 ± 0,00
Астенічний	83,33 ± 9,04	80,00 ± 9,18
Апатичний	72,22 ± 10,86*	40,00 ± 11,24*
Тривожно-фобічний	44,44 ± 12,05*	75,00 ± 9,93*
Соматовегетативний	38,89 ± 11,82*	70,00 ± 10,51*
Іпохондричний	38,89 ± 11,82*	10,00 ± 6,88*

Примітка. * — різниці вірогідні при $p < 0{,}05$

У хворих на дистимію з ендогенною та психогенною маніфестацією структура проявів синдромокомплексів мала ідентичний характер, проте вони різною мірою були виражені в клінічній картині. Зокрема, в клінічній картині дистимії з ендогенною маніфестацією переважали депресивний (100,00 % осіб), астенічний (83,33 % осіб) та апатичний (72,22 % осіб) синдромокомплекси. При цьому тривожно-фобічний, соматовегетативний

та іпохондричний синдромокомплекси спостерігалися відповідно у 44,44 %, 38,89 % і 38,89 % осіб.

Виявлено, що в клінічній картині дистимії з психогенною маніфестацією також переважали депресивний (100,00 % осіб) та астенічний (80,00 % осіб) синдромокомплекси. При цьому у великої кількості обстежених хворих спостерігалися тривожно-фобічний (75,00 % осіб) та соматовегетативний (70,00 % осіб) синдромокомплекси. Апатичний та іпохондричний синдромокомплекси зареєстровані відповідно у 40,00 % та 10,00 % осіб.

Депресивний синдромокомплекс у цієї категорії хворих включав не тільки зниження настрою, а й зниження зацікавленості до оточуючого, зниження задоволеності від речей, що раніше захоплювали, зниження загальної активності та ініціативи, відчуття невпевненості у собі, песимістичну оцінку майбутнього, а також порушення сну та апетиту.

Астенічний синдромокомплекс характеризувався психічною виснаженістю, млявістю та зниженням енергії, фізичною втомлюваністю, зниженням концентрації уваги, погіршанням пам'яті, необхідністю докладати зусиль під час повсякденної діяльності, зниженням продуктивності діяльності, відчуттям постійної втоми, яку самі хворі розцінювали як «хронічну».

Апатичний синдромокомплекс включав в себе втрату внутрішнього змісту власних дій, які реалізуються радше за звичкою, а не внаслідок потреби, неспроможність приймати рішення, відсутність зацікавленості в результатах власних дій, відчуття байдужості до оточуючих та самого себе, зниження потреби в спілкуванні.

Тривожно-фобічний синдромокомплекс характеризувався відчуттям невмотивованої тривоги, страху як виникнення різних ситуацій, так і їх можливих наслідків, потребою уникати багатьох обставин, відчуттям невпевненості у собі та своїх діях, страхом погіршання власного стану або смерті, наявності невиліковної хвороби та неможливості отримати медичну допомогу.

Структура соматовегетативного синдромокомплексу характеризувалася наявністю різноманітних вісцеральних проявів — кардіоваскулярних (кардіалгії, тахікардія, аритмії, коливання артеріального тиску), гастроінтестинальних (синдром подразнення кишкового тракту, дискінезії, абдомінальний біль), респіраторних (задишка, спазми в горлі), а також неприємними тілесними відчуттями (болю, напруження, важкості, оніміння тощо).

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

Встановлено, що дистимії з ендогенною маніфестацією вірогідно більше притаманні апатичний та іпохондричний синдромокомплекси ($p < 0,05$), тоді як дистимії з психогенною маніфестацією — тривожно-фобічний та соматовегетативний синдромокомплекси ($p < 0,05$).

Отже, в процесі об'єктивного дослідження встановлені зв'язки між маніфестацією дистимії та віком початку, а також виходом розладу. Виявлений також вплив маніфестації та віку початку розладу на структуру клінічної симптоматики, що має прогностичну значущість для вибору адекватної терапевтичної тактики. Виокремлені провідні синдромокомплекси, які притаманні дистимії з ендогенною та психогенною маніфестацією, що доцільно враховувати для розроблення персоніфікованих терапевтичних та реабілітаційних заходів під час надання спеціалізованої психіатричної допомоги.

Список літератури

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

2. Нейротрофічна терапія депресій: можливості та перспективи / Н. О. Марута, І. О. Явдак, О. С. Череднякова, О. С. Марута // Там само. 2014. Т. 22, вип. 2 (80). С. 96—103.

3. Risk factors for treatment resistance in unipolar depression: A systematic review / D. Bennabi, B. Aouizerate, W. El-Hage [et al.] // J. Affect. Disord. 2015. Vol. 171. P. 137—141. DOI: 10.1016/j.jad.2014.09.020.

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. DOI: https://doi.org/10.1016/S0924-977X(17)31547-X.

5. Changes of cognitive function in mild cognitive impairment with depression after the treatment of depressive symptoms / C. Han, S. H. Kim, S. Yoon [et al.] // European Neuropsychopharmacology. 2017. Vol. 27, Suppl. 4. P. S786. DOI: https://doi.org/10.1016/S0924-977X(17)31430-X.

6. Improving Major Depressive Episode Assessment: A New Tool Developed by Formal Psychological Assessment / F. Serra, A. Spoto, M. Ghisi, G. Vidotto // J. Frontiers in Psychology. 2017. Vol. 8. Article 214. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.00214.

7. Richelson E. Multi-modality: a new approach for the treatment of major depressive disorder // Int. J. Neuropsychopharmacol. 2013. Vol. 16, No. 6. P. 1433—1442. DOI: 10.1017/S1461145712001605.

8. Richardson K., Barkham M. Recovery from depression: a systematic review of perceptions and associated factors // J Ment Health. 2017. Sep 6. P. 1—13. DOI: 10.1080/09638237.2017.1370629

9. Смулевич, А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях // М.: Медицинское информационное агентство, 2003. 209 с.

10. Busner, J., Targum S. D. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice // Psychiatry (Edgmont). 2007. 4(7). P. 28—37. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20526405.

Надійшла до редакції 10.09.2018 р.

ФЕДЧЕНКО Вікторія Юріївна, старший науковий співробітник Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна; e-mail: vfedchenko83@ukr.net

FEDCHENKO Viktoriya, Senior Researcher of State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of National Academy of Medical Science of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: vfedchenko83@ukr.net