**РОЗДІЛ 1**

**ТЕОРЕТИко-методологічний аналіз підходів до проблеми вивчення принципів психологічної та фізичної реабілітації осіб з рекурентними депресіями**

**1.1. Оцінка мішеней реабілітації при рекурентних депресивних розладах**

На  депресивні розлади, за  даними ВООЗ, страждає понад 350  мільйонів осіб.

Етіологія та  патоґенез депресивних епізодів та  рекурентних депресивних розладів дотепер остаточно не  визначені.

Формування депресивних розладів зумовлено поєднанням кількох факторів, як-от  біологічні (конституціонально-генетичні), психологічні та  соціальні.

З  огляду на  рівень поширеності депресивних розладів, і далі тривають оцінювання їх клініко-психопатологічних особливостей та пошук підходів до  їх  терапії.

З  метою визначення мішеней терапії рекурентних депресивних розладів проведено обстеження пацієнтів з  рекурентними депресивними розладами: серед них 74,85  % жінок та  25,15  % чоловіків. Середній вік обстежених становив 46,79  років (жінок  - 52,25, чоловіків - 41,32).

На підставі оцінки клініко-психологічних проявів рекурентних депресивних розладів та психопатологічних аспектів встановлені мішені терапевтичного впливу: вираженість депресивного епізоду (легкий, помірний, важкий), специфіка психотравматичних переживань, параметри антивітальності та  життєстійкості, структурні особливості адаптаційного потенціалу.

Зростання кількості депресій та  інших порушень психічного здоров’я прогресує в глобальних масштабах і призводить до збільшення фінансових витрат на  лікування і  реабілітацію хворих.

За  результатами досліджень, від  депресії страждає 3,8 % населення, серед них 5 % дорослих та 5,7 % осіб старших за 60 років [1].

На сьогодні депресивні розлади посідають друге місце у  світі серед усіх медичних причин інвалідності та  смертності, а  серед осіб молодого віку (до 45 років) депресивні розлади вийшли на перше місце за цими показниками [2].

За прогнозом ВООЗ, до 2030 року рекурентні депресивні розлади вийдуть на  перше місце за  показниками інвалідності та смертності [3].

В  структурі депресивних розладів рекурентна форма депресії є  патологією, що  спостерігається у 15-25 % жінок і 6-12 % чоловіків [4-6].

У 86,1 % пацієнтів, хворих на  депресивні розлади, виникають повторні приступи (понад три).

Слід зазначити, що  у  10,5  % буває 10  депресивних епізодів і  більше  [4,  6].

Спостерігається пряма залежність між кількістю епізодів захворювання (фаз) і ризиком розвитку його рецидиву [7].

Від 30 до 50 % хворих не досягають інтермісії під час початкової терапії [8] або  мають остаточні симптоми  [9, 10].

Наслідками такого перебігу депресивного розладу може бути виражена соціальна дезадаптація з тенденцією до зниження оцінки показників здоров’я, насамперед психічного  [11].

Велика поширеність рекурентних депресивних розладів (серед чоловіків — близько 6 %, серед жінок - до 15 %), схильність до частого рецидивування (у  85  % хворих відзначаються повторні епізоди), тенденція до  затяжного перебігу, хроніфікація епізодів, обтяження перебігу соматичними розладами, коморбідність з іншими психічними розладами, а також проблеми, пов’язані зі збитками, які завдають ці розлади, зумовлюють значну актуальність для вивчення проблеми депресивних розладів та можливостей терапії депресії.

Як відомо, депресивні розлади характеризуються погіршанням настрою (що  виражається у  смутку, дратівливості, почутті спустошеності) або  втратою інтересу до будь-яких занять протягом більшої частини дня, практично щодня, щонайменше двох тижнів поспіль.

Може спостерігатися низка інших симптомів, зокрема зниження концентрації уваги, патологічне почуття провини чи  низька самооцінка, зневіра у майбутнє, думки про смерть чи самогубство, порушення сну, зміни апетиту чи маси тіла і навіть відчуття вираженої втоми чи занепаду сил.

Депресивні розлади часто проявляються у вигляді соматичних симптомів (наприклад, болю, втоми, слабкості). Проте такі соматичні симптоми не пов’язані з будь-яким іншим патологічним станом.

Під час депресивного епізоду хворий зазнає значних труднощів у особистих взаєминах, сімейному житті, соціальних контактах, навчанні, роботі та/або інших важливих сферах життя.

Залежно від кількості та важкості симптомів, а також їх впливу на повсякденне життя людини, розрізняють легкі, помірні та важкі депресивні епізоди.

Етіологія та патоґенез депресивних епізодів та рекурентних депресивних розладів дотепер остаточно не встановлені.

Формування депресивних розладів зумовлено поєднанням кількох факторів, як-от біологічні (конституціонально-генетичні), психологічні та соціальні.

Підвищений ризик розвитку депресії спостерігається у  людей, які  пережили життєві потрясіння (наприклад, безробіття, втрату соціального статусу, майна, психологічні травми).

У свою чергу, депресія може призвести до підвищення рівня стресу та функціональних порушень, що  лише погіршує життя хворого і, як наслідок, саму депресію.

Встановлено взаємозв’язок між  депресією та  станом фізичного здоров’я. Відомо, що серцево-судинні захворювання можуть призводити до депресії, а депресія, в свою чергу, може спричиняти серцево-судинні захворювання.

Проведені дослідження щодо оцінки депресивних розладів свідчать, що  вони спостерігаються приблизно у 25 % хворих психіатричних стаціонарів, у  65  % хворих амбулаторної психіатричної мережі і як мінімум у 10 % усіх хворих в загальносоматичних лікувальних закладах.

Незважаючи на наявні відомі та ефективні методи лікування психічних розладів, понад 75 % людей у країнах з низьким та середнім рівнем доходу не  отримують жодного лікування.

До факторів, що перешкоджають ефективному лікуванню, належать брак ресурсів та  підготовлених медичних працівників, а  також соціальна стигматизація людей, які страждають на психічні розлади.

В усіх країнах, незалежно від рівня доходу, у людей, які страждають на депресію, часто її не діагностують, і  занадто часто цей діагноз ставлять тим,  у  кого депресії немає, але кому, незважаючи на те, що немає депресивних розладів, призначають антидепресанти [12].

На сучасному етапі є низка ефективних методів лікування депресії. Залежно від тяжкості та характеру депресивних епізодів, їх  кількості використовують психологічну терапію (поведінкова активація, когнітивно-поведінкова терапія та  міжособова психотерапія), призначають медикаментозне лікування антидепресантами.

Незважаючи на  істотні досягнення в  діагностиці, лікуванні та профілактиці психічних розладів, зокрема й  депресивних, зменшення кількості психічних розладів не спостерігається.

Чимала кількість психічних розладів в  усіх країнах світу невпинно збільшується, що  приводить до  пошуків причин та визначення соціально значущих факторів ризику психічних розладів, уточнення клініко-психопатологічних особливостей перебігу та пошуків ефективніших засобів терапії.

Клінічний перебіг поточного епізоду характеризувався наявною депресією різного ступеня виразності. Легкий перебіг поточного епізоду спостерігався у 64 хворих (F33.0), помірний епізод - у 46 хворих (F33.1), тяжкий епізод - у 65 хворих (F33.2).

Під час оцінювання клінічної картини рекурентного депресивного розладу увагу приділяли вивченню усього спектра клініко-психопатологічних проявів поточного епізоду.

Структура клініко-психопатологічних проявів депресивного спектра у обстежених хворих на  рекурентний депресивний розлад характеризувалася наявними афективними, мотиваційно-вольовими, когнітивними, психомоторними та соматичними порушеннями.

Легкий депресивний епізод характеризувався переважанням в структурі афективних проявів пригніченого настрою (100,00 %), що супроводжувався відчуттям туги (45,31  %); в  структурі мотиваційновольових порушень переважали симптоми зниження продуктивності діяльності (29,68 %); в структурі когнітивного компонента переважали зниження концентрації уваги (25,00 %); психомоторні прояви характеризувалися проявами ретардації (сповільнення рухів тіла, зниження експресії обличчя, звуження комунікативної сфери) (23,43  %); в  структурі соматичних проявів домінували розлади сну (46,87 %).

Клінічна картина помірного депресивного епізоду характеризувалась сполученням пригніченого настрою (100,00  %) з  відчуттям напруги (43,47  %) в  структурі афективних порушень; в  структурі мотиваційно-вольової сфери  - зменшенням активності та ініціативи (41,30 %); в структурі когнітивних порушень  - психічною виснажливістю (28,26  %); в структурі психомоторних проявів - ретардацією (сповільнення рухів тіла, зниження експресії обличчя, звуження комунікативної сфери) (50,00  %); в  структурі соматичних проявів  - розладами сну (60,86 %) та фізичною стомлюваністю (63,04 %).

Важкий депресивний епізод характеризувався сполученням в структурі афективних проявів відчуття туги (52,30 %) та пригніченого настрою (100,00 %); в структурі мотиваційно-вольової сфери переважали зменшення активності та ініціативи (66, 15 %) та зниження продуктивності діяльності (67,69 %); когнітивні порушення характеризувались погіршанням пам’яті (40,00  %); психомоторні симптоми характеризувались наявністю ретардації (сповільнення рухів тіла, зниження експресії обличчя, звуження комунікативної сфери) (70,76 %); в структурі соматичних проявів переважали розлади сну (89,23 %) та фізична стомлюваність (92,30 %).

В  результаті клініко-психопатологічного обстеження виокремлені провідні симптомокомплекси у хворих на рекурентні депресивні розлади: депресивний, астенічний, апатичний, тривожно-фобічний, соматовегетативний, іпохондричний.

Депресивний симптомокомплекс спостерігався в  усіх 100,00  % обстежених пацієнтів і  включав не лише зниження настрою, а й зниження зацікавленості до оточення, зниження задоволеності від речей, що раніше спричиняли захоплення, зниження загальної активності та ініціативи, відчуття невпевненості у  собі, песимістичну оцінку майбутнього, а також порушення сну та апетиту.

Астенічний симптомокомплекс характеризувався психічною виснаженістю, загальною млявістю та зниженням енергії, фізичною втомлюваністю, зниженням концентрації уваги, погіршанням пам’яті, потребою докладати зусиль під  час повсякденної діяльності, зниженням продуктивності діяльності, відчуттям постійної втоми.

Апатичний симптомокомплекс характеризувався втратою внутрішнього змісту власних дій, які реалізуються радше за звичкою, а не внаслідок бажання; ускладненням або неспроможністю приймати рішення; незацікавленістю в  результатах власних дій; відчуттям байдужості до  оточення та  самого себе, зниженням потреби в спілкуванні.

В структурі тривожно-фобічного симптомокомплексу спостерігалось відчуття невмотивованої тривоги та  страху, які  виникали як  в  різних ситуаціях, так і за умов ймовірних наслідків, які пацієнти прогнозували як  негативні, потреба уникати багатьох обставин, відчуття невпевненості у собі та своїх діях, страх погіршання власного стану або смерті, наявної невиліковної хвороби та  неможливості отримати медичну допомогу.

Структура соматовегетативного симптомокомплексу характеризувалася наявними різноманітними вісцеральними проявами  - кардіоваскулярними (кардіалгії, тахікардія, аритмії, коливання артеріального тиску), гастроінтестинальними (синдром подразнення кишкового тракту, дискінезії, абдомінальний біль), респіраторними (задишка, спазми в горлі), а також неприємними тілесними відчуттями (біль, напруга, важкість у тілі, оніміння тощо).

Іпохондричний симптомокомплекс 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.

Залежно від  важкості поточного депресивного епізоду встановлені відмінності синдромальної структури у хворих на рекурентні депресивні розлади.

**1.2. Особливості перебігу депресії у віковому та гендерному аспекті**

Депресія – один із найпоширеніших розладів, які зустрічаються в загальномедичній практиці. 80% хворих з депресією лікуються у загальносоматичній мережі та лише 5% – у психіатрів [1]. У 90% випадків лікар загальної практики стикається зі стертими, атиповими, маскованими формами депресії, типові депресії становлять лише 10% [2].

Депресія є четвертою провідною причиною захворюваності та інвалідності, однією з основних причин погіршення якості життя та соціального функціонування людини, супроводжується фатальними наслідками у вигляді суїцидів, а за часткою втрачених років повноцінного життя тривожно-депресивні розлади випереджають усі інші психічні захворювання.

За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), до 2025 року депресивні розлади займуть друге місце після ішемічної хвороби серця в інтеграційній оцінці тягаря хвороб, яке несе світове співтовариство [3, 4].

В осіб похилого віку депресія є найпоширенішим психічним розладом. Відповідно до європейських досліджень, у середньому, поширеність депресії у старших людей становить 12,3% [5].

Депресивні стани у цієї вікової групи мають чітку тенденцію до рецидивуючого або хронічного, затяжного перебігу. Поширеність депресії прогресивно збільшується із погіршенням соматичного статусу хворого похилого віку та інвалідизації (збільшення залежності від оточуючих) [6, 7].

За даними ВООЗ, депресивні симптоми відзначаються у 40% пацієнтів похилого віку, які звернулися до лікаря у зв'язку з різними захворюваннями.

Так, у соматично хворих похилого віку поширеність депресії досягає 22-33%, що можна порівняти з поширеністю артеріальної гіпертензії.

При тяжких соматичних захворюваннях показник збільшується до 60%.

За даними Європейського регіонального бюро ВООЗ, поширеність великої депресії у регіоні включає 33% людей з онкологічними захворюваннями, 29% – з артеріальною гіпертензією, 27% – із цукровим діабетом [8].

Є й гендерні особливості депресії у пацієнтів цієї вікової групи.

Так, жінки страждають на депресію удвічі частіше, ніж чоловіки, причому у жінок вона найчастіше розвивається у віці 50-60 років, у чоловіків – у 55-65 років. Чоловіки літнього віку з депресією мають найвищий ризик завершеного суїциду [9].

Депресія впливає на перебіг інших захворювань:

* депресія ускладнює процес реабілітації та погіршує результати лікування, прогноз і перебіг соматичних захворювань;
* депресія – фактор ризику розвитку деменції;
* при депресії спостерігається підвищений ризик смертності, у тому числі внаслідок суїциду;
* серед суїцидентів похилого та старечого віку майже половина мали інвалідність із соматичного чи неврологічного захворювання;
* питома вага суїцидентів, які досягли 60 років, у 17 разів більша, ніж суїцидентів 25-30 років [10].

Діагностування депресії у людей похилого віку має свої труднощі, до причин виникнення яких можна віднести: клінічні особливості депресії в літньому віці; побічні ефекти препаратів, які імітують депресію; необхідність диференціації симптомів депресії від симптомів соматичних захворювань [11].

Вік може актуалізувати одні симптоми депресії та пригнічувати інші, що призводить до модифікації клінічної картини депресії у людей похилого віку [12].

Клінічні особливості депресії у похилому віці:

* депресивні симптоми часто сприймаються як ознаки «нормального старіння»;
* люди похилого віку рідше скаржаться на поганий настрій і смуток, частіше – на поганий фізичний стан, безсоння, погіршення пам'яті, порушення апетиту; мають часто виражену тривожність, тугу, страх, іпохондричні та тривожно-маячні синдроми;
* афективні зміни супроводжуються апатією, млявістю, невдоволенням, дратівливістю, буркотливістю, відчуттям незаслуженої образи;
* переважають ознаки астенічної депресії з гіперестезією, дратівливою слабкістю, підвищеною виснажливістю, сльозливістю, малодушністю;
* порушення сну: переважає уривчастий нічний сон та раннє пробудження з поганим самопочуттям вранці;
* спостерігаються когнітивні порушення: слабкість концентрації уваги з неуважністю, забудькуватістю, нездатністю зосередитися;
* виражені вегетативні симптоми: шум і дзвін у вухах, головний біль, запаморочення.

Для експрес-діагностики депресії у людей похилого віку доцільно використовувати "Геріатричну шкалу депресії", яка складається з чотирьох питань:

* Чи задоволені ви своїм життям?
* Чи відчуваєте ви, що ваше життя порожнє?
* Чи боїтеся ви, що станеться щось погане?
* Чи відчуваєте ви себе щасливим більшу частину часу?

Дві та більше негативні відповіді на питання шкали вказують на ймовірність депресії [13, 14].

Лікування хворих з депресивними розладами, у тому числі хворих похилого віку, здійснюється відповідно до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивний епізод без соматичного синдрому або з соматичним синдромом), рекурентний депресивний розлад, дистимія)».

Основними завданнями терапії депресивних розладів є усунення депресивної симптоматики, запобігання рецидивам та відновлення соціального функціонування [15, 16, 17].

Терапія депресивних розладів базується на фармакотерапії (антидепресивна терапія), психоосвітніх програмах для пацієнтів та їхніх родичів, а також на психотерапії та психокорекції [18, 19, 20].

Першим етапом у лікуванні депресивних пацієнтів похилого віку є навчання пацієнтів та їхніх родичів тому, що депресія – це захворювання, а не слабкість характеру, лінь, ознака старості. Необхідно надати детальну інформацію про побічні ефекти антидепресантів та підкреслити, що часто вони зменшуються протягом кількох тижнів (профілактика самостійної відміни), а антидепресивний ефект проявляється через кілька тижнів.

Принципи фармакотерапії депресії у людей похилого віку:

* лікування має бути комплексним, з урахуванням особливостей клінічної картини (тривожність, астенія, когнітивні порушення) та супутньої патології;
* починати слід із низьких доз препаратів, збільшувати повільно (типово – з половини дози);
* необхідно вибирати препарати, ґрунтуючись на профілі їхніх побічних ефектів та фармакологічному анамнезі;
* змінювати препарати, якщо немає відповіді протягом 4 тижнів;
* повна відповідь на терапію антидепресантами може виявитися через 8-12 тижнів.

При виборі антидепресантів для лікування депресивних розладів у осіб похилого віку варто керуватися принципом ефективності (загальна ефективність, особливості спектру дії, час початку клінічного ефекту, профілактична ефективність) та принципом безпечності (безпечність при передозуванні, низька «поведінкова токсичність» (ступінь порушення психомоторного та когнітивного функціонування), безпечність при тривалому застосуванні, мінімальна кількість медикаментозних взаємодій).

Антидепресанти з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) мають доведений профіль безпечності та ефективності, порівняно з іншими групами антидепресантів (трициклічні антидепресанти, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну, ін.). Незважаючи на те, що вони також мають низку побічних ефектів (гастроінтестинальні розлади, пітливість, головний біль, збудження, безсоння), СІЗЗС краще переносяться, легкі у застосуванні та безпечні при передозуванні.

Есциталопрам можна вважати «ідеальним» антидепресантом із групи СІЗЗС за профілем клініко-терапевтичної ефективності та безпечності. Препарат є високоселективним СІЗЗС, який діє шляхом специфічного конкурентного пригнічення мембранного транспортера серотоніну.

Дослідження продемонстрували ефективність есциталопраму в дозі 10-20 мг на добу при лікуванні депресії, у тому числі у літніх людей [21, 22].

Він має швидкий початок антидепресивної дії, широке охоплення спектру депресивних та тривожних розладів, відсутність медикаментозних взаємодій та хорошу переносимість. Есциталопрам не чинить антихолінергічної, антигістамінної дії та не блокує α1-адренорецептори.

Це запобігає розвитку або посиленню когнітивних порушень, седації, порушенню рівноваги та координації рухів, що особливо важливо для пацієнтів похилого віку. Літній вік є фактором, який зумовлює тривалу підтримуючу терапію антидепресантами (від двох років і більше).

Есциталопрам має високі показники результативності та частоти ремісії, оптимальної профілактики рецидивів, що робить його препаратом вибору також для підтримуючої терапії літніх пацієнтів з депресією.

Таким чином, пацієнти похилого віку є групою ризику та потребують особливого підходу до діагностики і лікування депресивних розладів. Депресія негативно впливає на здоров'я людини старшого віку, є найважливішим предиктором суїциду, ускладнює перебіг соматичних захворювань.

Підбір антидепресивних препаратів для пацієнтів похилого віку повинен бути продуманим і ретельним, з урахуванням профілю ефективності та безпечності, а тривалість підтримуючої терапії – достатньою для профілактики рецидивів депресії.

**1.3. Комплексний підхід до реабілітації осіб з депресивними розладами**

Згідно з сучасними поглядами на депресивні розлади, метою реабілітації необхідно вважати попередження рецидивів, досягнення та підтримання найможливішого рівня соціального функціонування для конкретного пацієнта, що передбачає після досягнення ремісії продовження терапії, у тому числі з урахуванням резидуальної симптоматики [1-3].

При цьому необхідно враховувати, що на думку пацієнта, найважливіші критерії ремісії – це наявність ознак хорошого психічного здоров’я, наприклад оптимізм і впевненість у собі, повернення до колишнього, нормального стану і звичайного функціонування [4].

Відомо, що процес повернення пацієнтів до преморбідного рівня функціонування займає тривалий час, значно більший, ніж потрібно для редукції депресивної симптоматики.

На його швидкість та якість впливають і особистісні характеристики пацієнтів, соціальне оточення, наявність або відсутність психотерапевтичних впливів і реабілітаційних заходів, але одним з найзначущих чинників для успішного соціального функціонування є відсутність залишкової депресивної симптоматики в стані ремісії [5].

У свою чергу, відновлення соціального функціонування сприяє редукції депресивної симптоматики і покращує якість життя хворих [6].

. Для проведення дослідження найчастіше використовують клініко-психопатологічний, психометричний (шкалу Гамільтона (HDRS), шкалу депресій центра епідеміологічних досліджень (CES-D)), психодіагностичний (методику E. Heim для визначення провідних копінг-стратегій, методику “Семантичний диференціал часу”, “Тест самоактуалізації”) методи.

Систему засобів реабілітації будують на наступних принципах:

1) доказової медицини з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій;

2) забезпечення наступності етапів медико-психологічної допомоги;

3) урахування отриманих клінічних даних про пацієнта, а також існуючих діагностичних і лікувальних можливостей.

Від початку захворювання пацієнт із депресивним розладом потребує активної психологічної підтримки з боку оточення: лікарів, середнього медичного персоналу, членів сім’ї.

Психореабілітаційна робота з цією категорією хворих планувалася на засадах відкритості й партнерства, формування мотивацій, з встановленням мети, пріоритетів та завдань терапії, обговоренням перспектив лікування.

Реабілітація є необхідною складовою комплексного втручання в загальній структурі допомоги.

При цьому інтегративний підхід має ряд переваг, оскільки торкається відразу всіх сторін життєдіяльності пацієнтів та їх найближчого оточення.

Це вкрай важливо, тому що дозволяє задіяти збережені сторони особистості хворих і створити на цій основі досить високий рівень мотивації до позитивних змін, сформувати свідоме ставлення до лікування та відповідальність за свою поведінку.

Сучасна реабілітація базується на біопсихосоціальній моделі, що включає наступні складові:

– медико-психіатричну (біологічну);

– психотерапевтичну (психологічну);

– психосоціальну (соціальну).

Медико-психіатрична складова реабілітації включала в себе психофармакотерапію, спрямовану на стабілізацію стану хворих, купірування виражених поведінкових порушень, призначення препарату тривалої терапії. Крім того, всім пацієнтам надавалися рекомендації щодо заходів немедикаментозної корекції: дотримуватись режиму дня, гігієни сну, засад раціонального харчування, режиму регулярної фізичної активності.

Основними завданнями психотерапевтичної складової реабілітації були: запобігти інвалідизації, розпаду сім’ї, розриву соціальних зв’язків, зберегти соціальне функціонування пацієнта, допомогти в подоланні почуття провини, безнадійності, неприязні.

Психотерапевтичне втручання також мало потенціювати антидепресивну дію біологічного методу лікування.

При цьому групова психотерапія дозволяла сфокусувати лікувальний вплив на одній із найпроблематичніших сторін існування пацієнта з афективним розладом – порушенні міжособистісного спілкування (зокрема шляхом стимулювання емоційності, соціальної активізації і налагодження комунікацій).

Психосоціальна складова реабілітації була спрямована на удосконалення соціальних навичок пацієнта, розширення кола сприйняття і міжособистісного спілкування (вироблення адекватних форм поведінки, тренування спілкування і підвищення впевненості в собі).

Однією з ключових проблем у системі сучасної реабілітації пацієнтів із психічними розладами є стигматизація, що поділяється на культуральну, інституціональну та самостигматизацію.

Останній вид стигматизації з постійними думками щодо власної неповноцінності й неможливості стати активним членом суспільства особливо притаманний хворим із депресивними розладами.

Наслідком самостигматизаціі є зниження самооцінки та погіршення адаптації і функціонування в суспільстві.

Саме тому в лікуванні пацієнтів із даною патологією необхідна увага приділялася формуванню впевненості в собі та виявленню особистісних ресурсів для подолання труднощів, пов’язаних із соціалізацією.

Не менш важливим пунктом в процесі сучасної реабілітації психічно хворих пацієнтів є зміна підходу від створення “оточення, що найменш обмежує” до “оточення, що найбільш підтримує”.

Перш за все необхідно сказати, що родичів пацієнтів варто розглядати як союзників у лікуванні. Вони не тільки повинні багато чому навчитися, але й самі часто володіють достатнім обсягом знань та досвіду, що робить істотний внесок у процес реабілітації. Для лікаря родичі можуть бути цінним джерелом інформації про стан пацієнта, часом вони більше, ніж фахівці, обізнані про деякі аспекти його захворювання.

Часто сім’я виконує роль сполучної ланки між хворим і системою надання психіатричної допомоги. Залучення сім’ї до бесід із психіатричної освіти – необхідний крок у процесі психосоціальної реабілітації пацієнта.

Розуміння основ психології хворого на депресивний розлад, вміння розпізнавати клінічні прояви захворювання, освоєння навичок спілкування з хворою людиною в сім’ї дають реальну можливість знизити частоту загострень захворювання і повторних госпіталізацій.

Традиційно етапи терапії поділяють на активне лікування, тривале (стабілізувальне) і підтримувальне (профілактичне) лікування. Виходячи з визначення, система реабілітаційних заходів охоплювала стабілізувальний та підтримувальний етапи терапії.

Стабілізувальний етап триває не менше 6 місяців для всієї категорії хворих із депресивними розладами і слугує для подолання резидуальної симптоматики, профілактики раннього рецидиву, повернення повного функціонування та якості життя пацієнта.

Профілактичне лікування терміном 12 місяців або більше – необхідний етап для пацієнтів із рекурентною депресією та дистимією для підтримання їх повного функціонування та якості життя, профілактики рецидиву. Оскільки стаціонарне лікування цієї категорії хворих у закладі третинної (високоспеціалізованої) допомоги тривало 24 дні, пацієнти із депресивними розладами потребували диспансерного спостереження (у консультативній або диспансерній групі).

Система медико-соціальної реабілітації депресивних розладів розроблялася з урахуванням факторів їх формування, перебігу та виходу, була комплексною, диференційованою та спрямованою на відновлення соціального функціонування особистості .

В етіопатогенезі сучасних депресивних розладів важливу роль відіграють як ендогенні, так й екзогенні (психогенні) чинники.

Останні характеризуються переважанням соціально-психологічних впливів та диференційованим значенням у розвитку різних форм депресивних розладів: при дистимії екзогенні чинники можуть виступати провідними в розвитку патології згідно з концепцією невротичного розвитку депресії, при депресивних епізодах, рекурентних депресивних розладах та дистимії ендогенного генезу – провокуючими.

 При плануванні програм реабілітації ураховувалися такі фактори, як особистісні характеристики пацієнтів, типи копінг-стратегій, що найчастіше застосовуються, особливості суб’єктивного сприйняття індивідуального часу, які відіграють великого значення у формуванні, перебігу та виходу депресивних епізодів.

Зокрема, у пацієнтів із депресивними розладами переважали такі дезадаптивні копінги, як “розгубленість”, “пасивна кооперація” та “відступ”.

Структура суб’єктивного сприйняття індивідуального часу характеризувалася негативним сприйняттям теперішнього та майбутнього. Оцінка показників самоактуалізації свідчила про зниження власної відповідальності, негативне ставлення до себе та оточуючих, зниження потреби у спілкуванні та діяльності.

Психосоціальна реабілітація для пацієнтів із депресивними розладами передбачає тренінг когнітивних функцій, тренінг вирішення проблем, міжособистісної взаємодії, тренінг комунікативних навичок, тренінг позитивного самосприйняття та впевненої поведінки.

Враховуючи вищевикладене, провідним методом психотерапевтичної складової системи реабілітаційних заходів було обрано когнітивно-поведінкову терапію в індивідуальному та груповому варіантах.

При виборі технік когнітивно-поведінкової терапії застосовувався диференційований підхід, що спирався на виділення мішеней психотерапевтичного впливу (за А. Беком) окремо для депресивних епізодів, рекурентних депресивних розладів та дистимії залежно від вираженості та комбінації порушень у специфічних проблемних зонах.

Система реабілітаційних заходів для пацієнтів із депресивними епізодами.

Стабілізувальний етап терапії (6 місяців).

Когнітивно-поведінкова терапія (в індивідуальному та груповому форматах):

– визначення атрибуції;

– альтернативна інтерпретація;

– індивідуальні заняття – 40 хв один раз на тиждень, групові заняття – 90 хв один раз на тиждень.

Арт-терапія (в груповому форматі):

– вільні теми малювання, ліплення, колажів;

– тематичні малюнки;

– вправи з кольорами

* + групові заняття – 90 хв один раз на тиждень

Психоосвіта.

Заходи з пацієнтом та його родиною, спрямовані на розуміння механізмів розвитку патологічного процесу, зворотності хворобливих проявів, необхідності дотримання терапевтичного режиму та орієнтації на відновлення соціальних функцій (бесіди – один раз на тиждень, групи підтримки – один раз на 2 тижні).

Профілактичний етап терапії (12 місяців)

Призначається за наступних умов:

– депресії у пізньому віці;

– наявної зниженої соціальної адаптації;

– за бажанням самого пацієнта

Когнітивно-поведінкова терапія (в груповому форматі):

– репетиція контраргументів;

– ресинтез минулого;

– ресинтез сімейних переконань;

– переписування сценарію в уяві;

– групові заняття – 90 хв 2 рази на місяць .

Арт-терапія (в груповому форматі):

– вільні теми малювання, ліплення, колажі;

– тематичні малюнки; – вправи з кольорами;

 –групові заняття – 90 хв 2 рази на місяць.

Заходи з пацієнтом та його родиною, спрямовані на активацію пацієнта, дотримання рекомендацій лікаря, залучення родичів до лікування та відновлення якості життя пацієнта (бесіди та групи підтримки – один раз на місяць).

Система реабілітаційних заходів для пацієнтів із рекурентними депресивними розладами.

 Стабілізувальний етап терапії (6 місяців).

Когнітивно-поведінкова терапія (в індивідуальному та груповому форматах):

– когнітивна репетиція;

– рольове програвання;

–індивідуальні заняття – 40 хв один раз на тиждень, групові заняття – 90 хв один раз на тиждень.

Арт-терапія (в груповому форматі):

– вільні теми малювання, ліплення, колажів;

– тематичні малюнки;

– вправи з кольорами;

–групові заняття – 90 хв один раз на тиждень.

Психоосвіта.

Заходи з пацієнтом та його родиною, спрямовані на розуміння механізмів розвитку патологічного процесу, зворотності хворобливих проявів, необхідності дотримання терапевтичного режиму та орієнтації на відновлення соціальних функцій (бесіди – один раз на тиждень, групи підтримки – один раз на 2 тижні).

 Профілактичний етап терапії (12 місяців)

Когнітивно-поведінкова терапія (в груповому форматі):

– визначення очікувань;

– ресинтез минулого;

– ресинтез сімейних переконань;

– переписування сценарію в уяві;

–групові заняття – 90 хв 2 рази на місяць.

Арт-терапія (в груповому форматі):

– вільні теми малювання, ліплення, колажі;

– тематичні малюнки;

– вправи з кольорами;

–групові заняття – 90 хв 2 рази на місяць.

Психоосвіта.

 Заходи з пацієнтом та його родиною, спрямовані на активацію пацієнта, дотримання рекомендацій лікаря, залучення родичів до лікування та відновлення якості життя пацієнта (бесіди та групи підтримки – один раз на місяць).

Система реабілітаційних заходів для пацієнтів із дистимією.

Стабілізуювальний етап терапії (6 місяців).

Когнітивно-поведінкова терапія (в індивідуальному та груповому форматах):

– когнітивна репетиція;

– рольове програвання;

–індивідуальні заняття – 40 хв один раз на тиждень;

–групові заняття – 90 хв один раз на тиждень.

Арт-терапія (в груповому форматі):

–групові заняття – 90 хв один раз на тиждень.

Психоосвіта.

Заходи з пацієнтом та його родиною, спрямовані на розуміння механізмів розвитку патологічного процесу, зворотності хворобливих проявів, необхідності дотримання терапевтичного режиму та орієнтації на відновлення соціальних функцій (бесіди – один раз на тиждень, групи підтримки – один раз на 2 тижні).

Профілактичний етап терапії (12 місяців).

Когнітивно-поведінкова терапія (в груповому форматі):

– практичні доводи;

– ресинтез минулого;

– ресинтез сімейних переконань;

– переписування сценарію в уяві;

–групові заняття – 90 хв 2 рази на місяць.

Арт-терапія (в груповому форматі):

–групові заняття – 90 хв 2 рази на місяць.

Психоосвіта.

Заходи з пацієнтом та його родиною, спрямовані на активацію пацієнта, дотримання рекомендацій лікаря, залучення родичів до лікування та відновлення якості життя пацієнта (бесіди та групи підтримки – один раз на місяць).

Аналіз результатів системи реабілітаційних заходів засвідчив суттєву важливість цього виду допомоги в комплексній терапії депресивних розладів.

Найефективнішими для цієї категорії хворих методами були групова когнітивно-поведінкова психотерапія, група взаємодопомоги й арт-терапія.

Так, при роботі з вищезазначеними модулями у більшості випадків пацієнти, на думку лікарів, ставали комунікабельними, більш відкритими, із конструктивною готовністю обговорювати наявні особисті проблеми вже після 3–4 занять (при збереженні клінічних проявів депресивної симптоматики).

Застосування інтегративної системи реабілітаційних підходів у роботі з пацієнтами із депресивними розладами, які базуються на врахуванні особливостей перебігу сучасних депресивних розладів та спираються на стандарти терапії, дає можливість підвищити ефективність надання допомоги, що сприяє не лише скороченню кількості госпіталізацій та тривалості перебування пацієнта на стаціонарному лікуванні, а й на подовженні періоду ремісії.

**РОЗДІЛ 2**

**ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ особливостей психологічної та фізичної реабілітації осіб з рекурентними депресіями**

**2.1. Особливості патоморфозу рекурентних депресивних розладів**

Відповідно до задач та характеру дослідження методом аналітичної епідеміології вивчено архівні матеріали пацієнтів, які страждали на рекурентний депресивний розлад.

При цьому враховувались номенклатурнодіагностичні розбіжності у визначенні означеної патології в періоди змін класифікацій психічних розладів.

Аналізувалися випадки госпіталізації пацієнтів з уніполярним перебігом маніакально-депресивного психозу, інволюційною меланхолією та безпосередньо рекурентним депресивним розладом.

Після отримання інформованої згоди було обстежено хворих на рекурентний депресивний розлад, що знаходилися на стаціонарному лікуванні та психічно здорових осіб порівняльної групи, репрезентативних за віком та статтю (в рамках біоритмологічного дослідження).

Як показали результати проведеного епідеміологічного дослідження, ряд клініко-епідеміологічних показників зазнав певних змін, а інші залишаються відносно стабільними в часі.

 Зокрема, вивчення захворюваності на рекурентний депресивний розлад показало, що загальний рівень захворюваності на дану патологію залишається відносно стабільним.

Аналіз епідеміологічних характеристик показав, що загальне співвідношення серед стаціонарних пацієнтів між хворими жіночої та чоловічої статі на рекурентний депресивний розлад складало відповідно 3,85:1.

У різні періоди часу дане співвідношення змінювалося: середнє співвідношення складало 10,5:1; 1,89:1; 3,86:1; 4,87:1; 5,03:1.

При дослідженні порівняльного вікового розподілу захворюваності на рекурентну депресію виявлено, що випадків захворюваності на рекурентну депресію у осіб до 30 років не спостерігалося, в той час як за останні роки їх кількість складала 9,18%.

Удвічі меншою була захворюваність серед осіб 31-40 років (2,17% проти 4,42%).

Найбільш високою захворюваність на рекурентну депресію в обох часових проміжках, що аналізувалися, була у віковій групі 51-60 років.

Таким чином, відбувся перерозподіл захворюваності на рекурентний депресивний розлад в бік більш молодих осіб при відповідному, але незначному збільшенні захворюваності у старших вікових групах.

Порівнюючи співвідношення мешканців міст та сільського населення стосовно захворюваності на рекурентний депресивний розлад по регіону, виявлено зростання випадків означеної афективної патології в сільській місцевості в оствнні роки в 3,5 рази (у попередні роки співвідношення між пацієнтами з міста та села складало 1:1,4, 1:4,9).

Вивчення сезонної залежності рекурентної депресії в загальній популяції показало, що спостерігався чіткий зв'язок рекурентних депресій з певними періодами (сезонами) року: найбільша частота госпіталізацій припадала на весняні та осінні місяці (28,61% та 27,51% відповідно; р>0,01).

В теперішній час такий зв'язок втратився і частота загострень означеної патології набула практично рівномірного характеру.

Таким чином, колорічна амплітуда динаміки рекурентного депресивного розладу залишається стало пов’язана з циркануальними ритмами, причому акрофаза протягом останніх десятиріч практично не змінилася.

Базуючись на наявному архівному матеріалі, вивчалася клініко-синдромальна структура депресивного епізоду в діагностичних межах рекурентної депресії.

Домінуючим синдромальним варіантом депресивного епізоду в обох часових проміжках був тривожно-депресивний.

Апато-адинамічний варіант депресивного епізоду збільшився в 1,5 рази в останні роки. Тужлива синдромальна картина депресії зменшилася в 1,47 разів (сенесто-іпохондричний варіант депресії зменшився в 2,86 разів, депресивно-параноїдний синдромальний варіант зменшився у 1,8 рази, а астено-анергічний, депресивно-істеричний та сомато-вегетативний клінічні варіанти депресивного синдрому в попередні роки не зустрічалися взагалі).

На підставі проведеного епідеміологічного дослідження захворюваності на рекурентну депресію були визначені провідні клініко-епідеміологічні відмінності рекурентних депресивних розладів в динаміці, тобто встановлено найбільш типові зміни їх патоморфозу.

По-перше, патоморфоз синдромальної структури рекурентних депресій полягає у суттєвому зменшенні тужливого, сенесто-іпохондричного та депресивнопараноїдного варіантів депресії протягом останніх років.

Означене може свідчити про зміни терапевтичних стратегій лікування згаданих синдромів, зокрема, використання антипсихотичних засобів у лікуванні депресій, що має місце в останні роки, тобто означені зміни цілком підлягають дефініції медикаментозного патоморфозу.

Стабільність частоти тривожно-депресивного варіанту депресій також може свідчити про медикаментозну природу цієї сталості патоморфозу: лікування депресій з вираженим тривожним компонентом і створення антидепресантів з подвійним вектором дії й до сьогодні залишається одним з приорітетних завдань сучасної психофармакотерапії.

По-друге, патоморфоз статевого перерозподілу захворюваності на рекурентний депресивний розлад полягає у суттєвому зменшенні кількості хворих жіночої статі при збереженні їх домінування.

Означена тенденція відповідає визначенню статевого варіанту популяційного патоморфозу. Це додатково підтверджує припущення про провідну роль соціогенних чинників афективної психічної патології, до яких психоемоційні адаптивні фенотипічні механізми чоловіків є більш уразливими.

По-третє, виявляється статистично достовірний перерозподіл хворих на рекурентну депресію в бік більш молодих осіб при відповідному, але незначному збільшенні захворюваності у старших вікових групах.

Така ознака є чітким проявом вікового варіанту популяційного патоморфозу.

Означений феномен можна пояснити двома основними причинами.

По-перше, зростання кількості випадків захворюваності на рекурентну депресію у молодих осіб відбиває їх підвищену психоконституційну вразливість до дії різних патогенних чинників в умовах наявного феномену акселерації з усіма його позитивними та негативними наслідками, а також певні соціально-культуральні зміни існування, до яких організм молодої людини виявляється недостатньо пристосованим.

З іншого боку, має місце соціально-демографічний зсув населення в бік переважання в загальній популяції осіб старших вікових груп.

В четверте, зростання кількості пацієнтів, що страждають на рекурентний депресивний розлад, серед сільського населення в регіоні є проявом соціального варіанту популяційного патоморфозу.

 Його причинами є переважання селян в загальній популяції, а також недостатню охопленість їх якісною медичною допомогою.

Аналізуючи отримані нами дані щодо геофізичної залежності проявів рекурентної депресії, можна стверджувати, що суттєвих змін патоморфозу у цьому аспекті не відбулося: хвилі найбільшої захворюваності на рекурентну депресію достовірно корелюють з піками сонячної активності.

 З іншого боку, при дослідженні циркануальної динаміки депресивної патології, було виявлено сталу залежність захворюваності на рекурентну депресію у весняні місяці при одночасному зменшенні вираженості піків захворюваності восени.

Така зміна патоморфозу відповідає критеріям біоритмологічного патоморфозу.

Його причинами можуть бути якісні зміни самого комплексу геліогеокосмічних флуктуацій і, як наслідок, трансформація циркануально залежних механізмів ендогенного афективного реагування.

Не можна також ігнорувати тенденцію до формування затяжних варіантів перебігу депресивних розладів, що певним чином нівелюють чіткість сезонної картини даної патології.

**2.2. Клініко-психопатологічні особливості осіб, що страждають на рекурентний депресивний розлад**

При обстеженні хворих на рекурентний депресивний розлад спадкова обтяженість на психічні розлади була виявлена у 39,23% пацієнта і була представлена випадками депресії у 52,94% пацієнтів, алкогольної залежності – у 21,56%, шизофренії – у 15,68%, розладу особистості – у 9,82% хворих.

Спадкова обтяженість простежувалася у 76,47% випадках по материнській лінії, по лінії батька – у 13,72% випадках. У 9,81% хворих двоє батьків мали психічні розлади.

При аналізі сімейного статусу пацієнтів визначено, що меншість обстежених пацієнтів були одинокими – 3,84% осіб, розлучених – 14,61%, вдів та вдівців – 35,38%, 46,17% серед обстежених мала сім'ю.

Всіх обстежених пацієнтів було розподілено на три клініко-діагностичні групи за критерієм ступеню вираженості депресивного епізоду.

До І клінічної групи увійшло 30,76% обстежених з легким ступенем тяжкості депресивного епізоду до ІІ групи – 38,48% пацієнтів, що страждали на депресію середнього ступеню вираженості, до ІІІ клінічної групи увійшло 30,76% обстежених з тяжким депресивним епізодом.

Результати дослідження синдромальної структури депресивного епізоду показали, що найчастіше у пацієнтів спостерігався тривожно-депресивний симптомокомплекс – 37,69% спостережень, який домінував у ІІ та ІІІ групах та займав друге місце у І групі обстежених.

Другим за частотою симптомокомплексом у пацієнтів усіх клінічних груп був апато-адинамічний, що спостерігався в 28,46% спостереженнях, причому найбільша його частота мала місце в І клінічній групі.

Інші варіанти депресивного симптомокомплексу зустрічалися значно рідше: астено-анергічний – 11,53% випадків, депресивно-параноїдний – 10,00%, тужливий – 6,92%, сенесто-іпохондричний – 6,15%, депресивно-істеричний – 1,53% та сомато-вегетативний – 0,76% спостережень.

Аналіз отриманих результатів в залежності від клінічної групи показав, що в І клінічній групі варіабельність синдромальної структури депресії була найменшою.

Означене свідчить про досить звужений діапазон клінічних проявів легких депресивних епізодів.

Найширша синдромальна варіабельність зустрічалася серед пацієнтів ІІ групи, яка була найчисельнішою по кількості хворих, тобто депресії помірного ступеню вираженості виявляли найбільший клінічний поліморфізм.

Тяжкі депресивні епізоди (ІІІ клінічна група) мають дещо вужчу, порівняно з помірними, клініко-синдромальну структуру, однак більше половини випадків (62,50%) в даній групі склали тривожно-депресивний та депресивнопараноїдний синдроми.

Вивчення циркадіанних ритмів хворих на рекурентний депресивний розлад показало наступне: серед обстежених пацієнтів осіб ранкового типу було 57,69% проти 50,00% в загальній популяції, вечірнього – 14,62% проти 15,00% в загальній популяції та індиферентного типу – 27,69% проти 35,00% в загальній популяції.

Розподіл індивідуальних хронотипів серед пацієнтів чоловічої та жіночої статі практично не відрізнявся від загального.

Обстежені І клінічної групи за розподілом індивідуального хронотипу суттєво відрізнялися від загальної популяції внаслідок збільшення питомої ваги осіб ранкового типу (75,00% проти 50,00%).

Серед пацієнтів ІІ та ІІІ клінічних груп розподіл індивідуальних хронотипів відповідав загальнопопуляційному без статистично значущих відхилень.

При вивченні біоритмологічного статусу обстежених пацієнтів було встановлено, що співпадання суб’єктивної оцінки власного хронотипу та об’єктивних показників циркадіанних ритмів пацієнтів спостерігалось не завжди.

Найбільше розходження у визначенні власного біоритмологічного статусу спостерігалось серед обстежених І групи вечірнього типу, тоді як найменше – серед 11 осіб ранкового, однак без статистичної достовірності (р>0,05).

У обстежених ІІ групи розходження оцінок найчастіше спостерігались у осіб ранкового типу (p<0,01). значно рідше – у осіб індиферентного та вечірнього типів.

В ІІІ клінічній групі достовірно частіше особи ранкового типу невірно визначали свій хронотип, тоді як серед осіб вечірнього типу таке неспівпадання було виражено найменше (р<0,01).

При вивченні об’єктивних біоритмологічних показників у обстежених пацієнтів було виявлено явища внутрішнього десинхронозу, який полягав у зсувах акрофаз (75,00%) чи батіфаз (70,00%) одного з показників вегетативних функцій відносно іншого, інверсії ритму (40,00%), а також у сполученні згаданих порушень (72,50%).

Найбільш високі показники отримано у обстежених ІІ та ІІІ клінічних груп.

В той же час, показники порушень циркадіанного ритму в усіх трьох групах обстежених пацієнтів достовірно відрізнялись від обстежених порівняльної де прояви внутрішнього десинхронозу було виявлено у 16,16% осіб, причому всі вони належали до вечірнього типу.

Розлади циркадіанного ритму у них були представлені зсувом акрофази та батіфази.

Порівняльний аналіз вегетативних функцій у пацієнтів трьох клінічних груп в залежності від індивідуального хронотипу за рядом показників показав, що у осіб ранкового та вечірнього хронотипів мало місце достовірне переважання всіх пульсових параметрів.

В той же час, у представників вечірнього типу достовірно вищими виявились деякі параметри діастолічного артеріального циклу (ДАТ).

За іншими параметрами ДАТ, всіма параметрами показників систолічного артеріального циклу (САТ) та температури достовірних відмінностей між особами ранкового та вечірнього типів виявлено не було.

Достовірні відмінності за деякими параметрами вегетативних функцій було також встановлено між представниками індиферентного та вечірнього типів.

Так, у осіб індиферентного типу вищими виявились показники пульсу. В той же час, у осіб вечірнього типу достовірно вищими були деякі параметри ДАТ.

За іншими параметрами вегетативних функцій достовірних відмінностей між даними підгрупами обстежених, а також представниками ранкового та індиферентного типів встановлено не було.

Крім того, було проведено порівняльний аналіз параметрів вегетативних функцій у осіб ранкового, індиферентного та вечірнього типу в залежності від клінічної групи.

При цьому виявилось, що між обстеженими всіх означених хронотипів І клінічної групи достовірних відмінностей знайдено не було.

У обстежених ІІ та ІІІ клінічних груп ранкового типу показники максимальної температури були достовірно вищими, ніж у пацієнтів першої групи.

Також достовірно вищими були у них й пульсові показники.

За показниками САТ достовірних відмінностей між особами ранкового типу по трьом клінічним групам встановлено не було, однак в першій групі спостерігалась тенденція до більш низьких показників.

За параметрами ДАТ, достовірні відмінності було встановлено тільки по амплітуді, розмаху та коефіцієнту.

Пацієнти індиферентного типу І групи достовірно відрізнялись від обстежених свого хронотипу в другій та третій групах тільки за пульсовими параметрами.

Слід однак відзначити наявність тенденції до підвищення показників температури та САТ у осіб індиферентного типу ІІ та ІІІ групи порівняно з пацієнтами першої.

Аналіз розподілу обстежених пацієнтів кожного циркадіанного хронотипу в залежності від синдромальної структури депресивного епізоду показав, що в першій клінічній групі особи ранкового типу практично в половині випадків (46,67%) виявляли тривожно-депресивну симптоматику, тоді як інші синдромальні варіанти депресивного епізоду (апато-адинамічний, тужливий та астено-анергічний) зустрічалися порівняно рідше (р>0,05).

У осіб індиферентного типу в даній клінічній групі в більшості випадків (57,14%) мала місце апато-адинамічна синдромальна картина епізоду. Представники вечірнього хронотипу в цій групи в усіх випадках виявляли астено-анергічний синдромальний варіант депресії.

Серед пацієнтів ІІ клінічної групи особи ранкового циркадіанного хронотипу у 80,00% випадків виявляли тривожно-депресивну синдромальну картину афективного епізоду, в той час як апато-адинамічний та сенесто-іпохондричний варіанти зустрічалися статистично достовірно рідше, а інші синдромальні варіанти депресії не спостерігалися взагалі.

Представники індиферентного типу в означеній групі в 75,00% спостережень виявляли апато-адинамічну та у 25,00% − астено-анергічну симптоматику.

Особи вечірнього типу в даній групі розподілилися практично рівномірно за різними синдромальними варіантами депресії за виключенням тривожно-депресивного, апато-адинамічного та сенесто-іпохондричного синдромів, які у них не спостерігалися.

У ІІІ клінічній групі, як і у двох попередніх, у осіб ранкового хронотипу спостерігалася тривожно-депресивна структура депресії (75,00%), тоді як інші клінічні варіанти депресивного епізоду розподілилися майже рівномірно (1-2 випадки), за виключенням тужливого, депресивно-параноїдного та соматовегетативного варіантів, що не зустрічалися взагалі.

Усі особи вечірнього типу циркадіанності, так же, як і третина пацієнтів даного хронотипу ІІ групи, в клінічній картині виявляли депресивно-параноїдну симптоматику (р<0,01).

Таким чином, проведене біоритмологічне обстеження показало, що в усіх пацієнтів з депресивним епізодом в рамках рекурентної депресії, на відміну від порівняльної групи, мали місце порушення циркадіанного ритму зовнішньої та внутрішньої природи, найбільш виражені у обстежених ІІ та ІІІ клінічних груп, причому у представників ранкового типу неузгодженість циркадіанної ритміки була найвищою, а у осіб вечірнього типу – найнижчою.

Обстежені, що належали до індиферентного типу займали проміжне положення, наближаючись за своїми характеристиками до осіб ранкового типу.

Особи ранкового циркадіанного хронотипу схильні до тривожно-депресивного типу афективного реагування, особливо при помірній та тяжкій депресії.

Представники індиферентного хронотипу порівняно часто виявляють апато-адинамічну структуру депресивного епізоду, а у осіб вечірнього типу циркадіанного ритму достовірно частіше спостерігається психотичний (депресивно-параноїдний) варіант депресивного епізоду.

**2.3. Система психологічної та фізичної реабілітації осіб з рекурентними депресіями та оцінка її ефективності**

При розробці системи діагностичних, лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів щодо пацієнтів з рекурентним депресивним розладом з урахуванням біологічних ритмів та сезонності, виходили з концепції хронодіагностики, хронотерапії та хронопрофілактики, з дотриманням принципів індивідуальності, комплексності, спадковості та етапності.

Теоретичним підґрунтям запропонованої комплексної системи діагностики, терапії та профілактики рекурентних депресій стало наступне концептуально положення: виявлені в процесі дослідження закономірності зв’язку клінічних особливостей депресивного епізоду з геофізичними факторами та індивідуальними хронотипами обстежених мають зумовлювати диференційований терапевтичний ефект лікувально-реабілітаційних програм, що враховують стан циркадіанних ритмів пацієнтів та вплив на них геофізичних факторів.

Виходячи з вищенаведеного положення, діагностичні, лікувально-реабілітаційні та профілактичні заходи будувались на засадах диференційованого біоритмологічного підходу.

На початковому етапі здійснювались діагностичні та хронодіагностичні заходи, які були підґрунтям для системи подальших диференційованих медикаментозних лікувальних та профілактичних стратегій.

Основними задачами хронодіагностики були визначення індивідуального циркадіанного хронотипу пацієнта (біоритмологічного статусу), а також рівня та типу десинхронозу циркадіанних ритмів.

Комплексна біоритмологічна діагностика дозволяла визначити індивідуальні оптимуми вегетативних функцій хворих та хронотипологічні особливості перебігу депресивного епізоду.

Встановлений індивідуальний біоритмологічний статус враховувався під час вибору способу призначення медикаментозної терапії в залежності від акрофази фізіологічного (вегетативного) параметру.

Отже, пацієнтам ранкового хронотипу призначення основних медикаментозних засобів проводилось з розподілом основного дозування на ранкові години.

У представників індиферентного типу медикаментозна терапія призначалась в ранкові та денні години.

Особам вечірнього типу циркадіанного ритму призначення основних доз препаратів припадало на денні та вечірні години.

Комплексна оцінка ефективності лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів здійснювалась шляхом клініко-психопатологічного спостереження за редукцією афективної симптоматики; повторними психодіагностичними обстеженнями з використанням шкал HAMD-21, HARS та CGI-I, а також катамнестичним спостереженням щодо рецидиву рекурентної депресії.

Клініко-психопатологічна діагностика на синдромальному рівні визначала вибір провідного медикаментозного засобу з тенденцією до монотерапії.

З метою дослідження впливу єдиного на сьогодні антидепресанту з циркадіанним механізмом дії – агомелатіну – на редукцію депресивної симптоматики у обстежених пацієнтів, в кожній з трьох клінічних груп було виділено окрему підгрупу, що складала 50% пацієнтів кожної групи.

Таким чином, серед обстежених основних клінічних груп 20 осіб у І-й, 25 – у ІІ-й та 20 − у ІІІ-й отримували в якості антидепресивної монотерапії агомелатін в дозуванні від 25 до 50 мг на добу, в залежності від тяжкості депресивного епізоду.

В даних підгрупах також враховувався основний принцип хронотерапії, тобто призначення основної дози антидепресанту припадало на період найбільшої фізіологічної активності організму.

Незважаючи на рекомендації щодо застосування агомелатіну у вечірній час, ми призначали цей препарат серед пацієнтів ранкового хронотипу у ранкові години. Інші 50% пацієнтів кожної з груп отримували антидепресивну терапію, яка була підібрана за синдромальним принципом.

Динаміка редукції депресивної симптоматики в двох підгрупах І клінічної групи мала споріднений характер з тенденцією до більш прискореного антидепресивного ефекту у пацієнтів, що отримували агомелатін (p>0,05). Крім того, найбільш низькі показники за шкалою CGI-І на 6-му тижні терапії мали місце у представників вечірнього циркадіанного хронотипу, які приймали агомелатін (1,03; p<0,05).

У ІІ клінічній групі також спостерігалася споріднена динаміка усунення депресивної симптоматики в обох клінічних підгрупах.

В той же час, тенденція до більш швидкого формування ремісії була більше виражена у пацієнтів І підгрупи, але, як і в першій клінічній групі, без статистичної достовірності (p>0,05).

Знову, як і в попередній клінічній групі, особи вечірнього типу циркадіанності, які приймали агомелатін, виявили найкращі показники за шкалою CGI-І наприкінці лікування (1,12).

З іншого боку, представники ранкового циркадіанного хронотипу ІІ-ї клінічної підгрупи виявили найнижчі показники за означеною шкалою.

У хворих на рекурентний депресивний розлад ІІІ-ї клінічної групи динаміка редукції афективної симптоматики суттєво не відрізнялася від двох попередніх груп, тобто більш швидке становлення ремісії мало місце у пацієнтів, що отримували агомелатін, причому у осіб вечірнього хронотипу ця динаміка була статистично достовірно найкращою (1,87) за шкалою CGI-І.

Катамнестичне спостереження щодо рецидиву депресії у пацієнтів трьох клінічних груп показало, що в І групі рецидив виник у 4 (10,00%) осіб, в ІІ – у 6 (12,00%) і в ІІІ групі – у 7 (17,50%) пацієнтів, тобто в усіх групах був невисоким.

Таким чином, запропонована в нашому дослідженні система діагностики, терапії та профілактики рекурентних депресивних розладів з урахуванням індивідуального біоритмологічного статусу та сезонності потребує комплексного застосування медикаментозної терапії відповідно до стану циркадіанних ритмів пацієнтів та геліогеофізичних факторів.

Як показали результати проведеного дослідження, її ефективність виявилась найбільш високою у пацієнтів вечірнього циркадіанного хронотипу, які отримували антидепресант з циркадіанним механізмом дії. В той же час, загальна ефективність лікування рекурентного депресивного розладу на засадах хронотерапії була достатньо високою в усіх клінічних групах і підгрупах.

 Той факт, що агомелатін, єдиний на сьогодні антидепресант, що впливає на механізми циркадіанного десинхронозу, показав найвищу ефективність у пацієнтів вечірнього циркадіанного хронотипу, дозволяє вважати таких пацієнтів популяційною когортою для призначення саме цього препарату, як антидепресанту вибору.

Крім того, ми вважаємо, що застосування принципів хронодіагностики, хронотерапії та хронопрофілактики в курації хворих на рекурентний депресивний розлад з відповідним підбором конкретного антидепресанту в залежності від хронотипу та синдромальної структури епізоду, дозволить суттєво підвищити ефективність існуючих на сьогодні терапевтичних стратегій.

Вважається, що депресія є одним із найбільш часто діагностованих психічних розладів з важкими медико-соціальними наслідками.

Однією з форм депресивних розладів є рекурентний депресивний розлад. В 50–85 % випадків у людей, які перенесли депресивний епізод, виникає рецидив [6, 7, 10].

Відповідно до офіційних даних [1], в Україні рівень захворюваності та поширеності депресії є низький.

Причиною такого явища може бути те, що суспільство не повністю усвідомлює негативні наслідки депресивних розладів, стигматизацією по відношенню до осіб, у яких є прояви психічних розладів, небажання людини звертатись за допомогою до лікаря при наявності скарг та клінічних проявів з остраху дискримінації, негативний досвіду попереднього лікування та догляду [2].

Депресія може виникнути в будь-якому віці.

До 5-9 років гендерних відмінностей у поширеності депресивного розладу не прослідковується [5].

Найбільш уразливими є жінки молодого й середнього віку [3].

В світі, поширеність депресії вища у жінок ніж у чоловіків [2, 8].

У такої групи пацієнтів виявлено низьку обізнаність та прихильність до профілактики супутніх соматичних захворювань [9].

Виділяють різні кореляційні зв’язки між проявами депресії в межах расових та етнічних меншин, соціально-економічного статусу, факторами ризику [8].

Щодо поширеності та проявів депресивних розладів залежно від релігійних, культурних чинників, то переконливих доказів зв’язку психологічних та соматичних симптомів депресії з культуральними чи релігійними відмінностями не доведено [4].

При плануванні програми лікування, реабілітації велике значення має визначення тих домінуючих чинників, які спровокували розвиток депресії.

Врахування таких чинників фахівцями мультидисциплінарної реабілітаційної команди є обов’язковим для забезпечення ефективності програми та її тривалості.

До дослідження було залучено дані історій хвороб та карт амбулаторних пацієнтів, хворих на рекурентний депресивний розлад.

Вік пацієнток – 45,37±12,01 р. (min – 23 р.; max – 69 р.). Математичне опрацювання первинних даних ми проводили за допомогою програми MedStat: розраховували середнє значення (Х), похибку (m), середнє квадратичне відхилення (δ).

Кореляційний зв'язок ми вивчали за допомогою розрахунку коефіцієнта кореляції Спірмена (r) на рівні значущості р ≤0,01.

Кореляційний зв’язок між досліджуваними показниками ми оцінювали як слабкий (r=0,1-0,29); середньої сили (r=0,3-0,49); значний (r=0,5-0,69); сильний (r=0,7-0,89); дуже сильний (r=0,9-0,99).

Додатний коефіцієнт кореляції вказує на прямий (позитивний) зв'язок між показниками, а від'ємний – на зворотний (негативний) зв'язок.

Результати дослідження. Рекурентний депресивний розлад (за МКХ 11- F33) – це повторний депресивний епізод за умови, що попередній закінчився понад 2 місяці тому й за цей час не спостерігалося значущих порушень настрою [6].

Таким чином, для діагностики такого розладу необхідно мати мінімум два зафіксовані епізоди депресії тривалістю від двох тижнів і більше й між ними повинні бути кілька місяців благополучного стану.

Згідно з отриманими даними під час нашого дослідження середня тривалість періоду ремісії – 97,9 днів (δ – 20,5; m – 2,5; min – 61 день, max – 128 днів).

Для з’ясування залежності тривалості ремісії від віку пацієнток, ми проаналізували силу кореляційного зв’язку для варіаційного ряду, розподіл якого не відрізняється від нормального на рівні значущості р≥0,05.

Згідно з отриманими даними коефіцієнт кореляції становить 0,03.

Такий результат свідчить, що лінійного кореляційного зв’язку між віком хворих на депресію та тривалістю періоду ремісії не виявлено.

Важливим етапом збору анамнезу є з’ясування факторів, що сприяли виникненню захворювання, та визначення ризику їх впливу на процес реабілітації та загострення процесу.

Вивчаючи дані у досліджуваній групі пацієнток, виявили, що основними чинниками, які пацієнтки чи їхні родичі вважають визначальними у виникненні захворювання були: у 19,4 % випадків – наявність хронічних соматичних розладів та тривале їх лікування; у 17,9% учасниць дослідження стресова подія сприяла виникненню захворювання.

В одинакові кількості (13,4%), як першопричинний чинник виникнення захворювання, вказують зловживання алкоголю, прийом наркотичних та/чи психоактивних речовин; неконтрольований прийом медикаментів; зміна сезонів в році.

У 12% випадків смерть близької людини стало провокуючим чинником у розвитку депресії; наявність інших психічних розладів у 10,5% випадків призвело до розвитку депресії.

Виокремивши провідний чинник, який є пусковим фактором розвитку депресії, ми проаналізували його взаємозалежність з тривалістю періоду ремісії.

Був виявлений слабкий позитивний кореляційний зв'язок між стресовою подією (r=0,11), смертю близької людини (r=0,14) та тривалістю ремісії.

Зворотний кореляційний зв'язок слабкої сили був між наявністю хронічних соматичних розладів (r=-0,22), наявністю інших психічних розладів (r=-0,16), зміною сезонів в році (r= 016) та тривалістю періоду ремісії.

Взаємозалежності між тривалістю періоду ремісії та іншими факторами, які пацієнти та/чи їхні родичі вважають основними при виникнення захворювання, не виявлено.

Серед учасниць дослідження у 7 осіб (10,5%) є обтяжливий сімейний анамнез щодо наявності депресії у кровних родичів. У 9 пацієнток (13,4%) – в анамнезі зафіксована дитяча психотравмуюча подія. Згідно з результатами дослідження, між тривалістю ремісії та наявністю депресії у родичів чи психологічною травмою в дитинстві статистично значимих взаємозв’язків не виявлено (r=-0,02 і r=0,04).

Аналізуючи дані щодо провідного чинника, який спровокував настання стадії загострення та даних анамнезу, прослідковується певна взаємозалежність.

Позитивний кореляційний зв'язок значної сили виявлений між обтяжливим сімейним анамнезом і зловживанням алкоголю, прийомом наркотичних, психоактивних речовин (r=0,53).

Пряма взаємозалежність середньої сили є між обтяжливим сімейним анамнезом та сезонністю (r=0,43) і обтяжливим сімейним анамнезом та наявністю інших (недепресивних) психічних розладів (r=0,32).

Пряма взаємозалежність слабкої сили прослідковується між обтяжливим сімейним анамнезом та стресовою подією (r=0,16); між обтяжливим сімейним анамнезом та смертю близької людини (r=0,13).

Зворотний слабкий кореляційний зв'язок виявлений між обтяжливим сімейним анамнезом та наявністю хронічних соматичних захворювань (r=-0,23); між обтяжливим сімейним анамнезом та прийомом лікарських засобів (r=-0,14).

Аналіз кореляційного зв’язку між перенесеною психотравмуючою подією в дитинстві та наявністю провокуючого чинника, який сприяв загостренню хвороби, показав взаємозалежність різної сили та напрямку.

Так, виявлена пряма взаємозалежність середньої сили між психотравмуючою подією перенесеною в дитинстві та стресовою подією, яка спровокувала повторний депресивний напад (r=0,48).

Слабкий позитивний кореляційний зв'язок є між дитячою психотрамуючою подією і наявністю інших (недепресивних) психічних розладів (r=0,11), наявністю хронічних соматичних розладів (r=0,12), сезонністю загострень (r=0,15). Виявлений негативний слабкий кореляційний зв'язок між психотравмуючою подією перенесеною в дитинстві та смертю близької людини (r=-0,14), прийомом лікарських засобів (r=-0,15), зловживанням алкоголю, прийомом наркотичних, психоактивних речовин (r=-0,16).

При аналізі взаємозалежності між віком хворих на депресію та тривалістю періоду ремісії, було з’ясовано, що лінійного кореляційного зв’язку не прослідковується (r=0,03).

Такий результат вказує, що вік пацієнток на тривалість періоду ремісії не впливає. Не виявлено також статистично значимих взаємозв’язків між тривалістю ремісії та наявністю депресії у родичів чи психічною травмою в дитинстві (r=-0,02 і r=0,04).

Виникненню депресивного розладу, як правило, передує певний чинник чи їх сукупність. До найбільш частих пускових чинників, на думку пацієнток у досліджуваній групі та/ чи їхніх родичів, належали в 19,4% випадків супутні хронічні соматичні розлади та тривале їх лікування, у 17,9% – стресова подія.

Такі дані необхідно враховувати при формуванні індивідуальної програми реабілітації та необхідності залучення певних фахівців до мультидисциплінарної команди.

Негативний кореляційний зв'язок між сезонністю, супутніми психічними й соматичними розладами та тривалістю періоду депресії підкреслює важливість комплексного підходу до процесу лікування та реабілітації пацієнток з депресією з обов’язковим врахуванням ризику загострення при зміні сезонів в році.

Наявність позитивної кореляції між факторами, що спричинили повторний депресивний розлад, обтяжливим сімейним анамнезом та перенесеною психотравмуючою подією в дитинстві викликає необхідність враховувати такі дані при формуванні превентивних рекомендаціях, що сприятимуть подовженню періоду ремісії.

Рекурентний депресивний розлад характеризується чергуванням повторних депресивних епізодів з періодами ремісії. Аналізуючи тривалість ремісії та вік пацієнток, ми з’ясували, що статистично значимої кореляції не прослідковується. Існує цілий ряд чинників, які сприяли розвитку захворювання і які можуть негативно впливати на процес лікування та реабілітації.

Серед когорти таких факторів у 19,4% випадків це наявність хронічних соматичних розладів та тривале їх лікування, а у 17,9% – стресова подія.

Прямий кореляційний зв'язок між анамнестичними даними, чинниками, що сприяють загостренню депресії вказує на необхідність їх врахування при проведенні лікування, реабілітації та плануванні превентивних заходів.

Узагальнення результатів проведеного дослідження показало, що на динаміку захворюваності на рекурентний депресивний розлад впливають геофізичні фактори, що проявляється максимальною частотою даної патології в роки найбільшої сонячної активності; хвилі найбільшої захворюваності на рекурентну депресію чітко корелюють з піками сонячної активності.

Рівень захворюваності на рекурентну депресію більш тісно пов'язаний з циркануальною (колорічною) ритмікою, що обумовлює виражені її максимуми у весняно-літній період року.

Виявлено, що протягом останніх років відмічається тенденція до втрати зв’язку частоти загострень в осінній період року, що свідчить як про зміни патоморфозу в картині перебігу рекурентного депресивного розладу, так і про якісні трансформації геофізичних факторів в регіоні.

Проведене дослідження клінічних, соціально-демографічних та біоритмологічних особливостей рекурентних депресій дозволило визначити наступні варіанти їх патоморфозу:

- медикаментозний, що проявляється зміною синдромальної структури рекурентних депресій з суттєвим зменшенням тужливого (6,27% проти 9,23%); сенесто-іпохондричного (7,14% проти 20,42%); та депресивно-параноїдного (11,34% проти 20,50%) синдромів при одночасному зростанні апато-адинамічного (19,42% проти 29,15%); та стабільному рівні тривожно-депресивного (30,40% та 38,74%) внаслідок зміни терапевтичних стратегій лікування згаданих синдромів;

- популяційний, що має три варіанти: статевий (суттєве зменшення кількості хворих жіночої статі при збереженні їх домінування), віковий (збільшення частоти захворюваності на рекурентну депресію серед молодших вікових груп) та соціальний (зростання частоти захворюваності в сільській місцевості);

- біоритмологічний, який полягає у зменшенні вираженості піків захворюваності восени внаслідок змін комплексу геокосмічних флуктуацій і, як наслідок, трансформації циркануально залежних механізмів ендогенного афективного реагування, а також тенденції до формування затяжних варіантів перебігу депресивних розладів.

Клініко-психопатологічне дослідження показало, що серед осіб з рекурентним депресивним розладом найчастіше спостерігалися тривожнодепресивний (37,69%) та апато-адинамічний (28,46%) синдроми. Інші варіанти депресивного симптомокомплексу зустрічалися статистично достовірно рідше.

Легкі депресивні епізоди характеризуються досить звуженим діапазоном клінічних проявів, в той час як найбільший клінічний поліморфізм спостерігається при депресіях помірного ступеню вираженості.

Важкі депресивні епізоди мають дещо вужчу, порівняно з помірними, клініко-синдромальну структуру, більше половини випадків в даній групі (62,50%) складають тривожно-депресивний та депресивно-параноїдний синдроми.

В усіх хворих на рекурентний депресивний розлад, незалежно від клініко-психопатологічної картини, мають місце прояви зовнішнього та внутрішнього десинхронозу циркадіанної ритміки. Найбільш виражені вони у обстежених з помірними та важкими депресивними епізодами: зовнішній десинхроноз – 84,00% і 75,00% відповідно; зсув акрофази – 80,00% і 75,00% відповідно; зсув батіфази – 74,00% і 70,00% відповідно; інверсія ритму – 64,00% і 40,00% відповідно; сполучені порушення – 78,00% і 72,50% відповідно.

 У представників ранкового біоритмологічного типу неузгодженість циркадіанних ритмів виявилась найвищою, а у представників вечірнього – найнижчою.

Особи індиферентного типу займають проміжне положення, наближаючись за своїми показниками до ранкового типу.