

tivity of the elderly people and the process of their interpersonal communication have been proved. The identity of the elderly people according to this approach is deemed as a subject of subject-to-subject communication and conscious activity that presents a dynamic unity, a system of different interconnected mental processes and properties.

The model of interpersonal communication of elderly people have been characterized. It includes a subsystem of the mental phenomena of elderly people (cognitive, communicative, regulatory), the structure of components of interpersonal communication of persons of this age (emotional, cognitive, behavioral), mechanisms of such communication (empathy, sympathy, reflection, understanding, decentration, identification, constructive ways of interaction), its factors (external – as natural, anthropogenic and social environment, internal – as biological, social and psychological characteristics of subjects of communication), its functions (affective and communicative, including the formation of interpersonal relationships, informational and communicative, including adjustment of the meaning of life and the regulative and communicative, including the regulation of emotional states and experiences), as well as laws concerning driving forces, conditions, features of improvement of such communication. The conclusion about the need of use of this model in practice has been made.

Key words: interpersonal communication, the elderly people, mental subsystems, structure of components, factors, mechanisms, functions and laws.

Received January 10, 2015

Revised January 21, 2015

Accepted February 11, 2015

УДК 159.972+616-059+616-05+616.85

I.A. Коваль

irenekoval@bigmir.net

Сучасні підходи в поглядах на етіологію депресивних розладів, їх діагностику і лікування

Koval I.A. Modern approaches in the views on the etiology of depressive disorders, diagnosis and treatment of these disorders / I.A. Koval // Problems of Modern Psychology : Collection of research papers of Kamianets-Podilskyi Ivan Ohienko National University, G.S. Kostyuk Institute of Psychology at the National Academy of Pedagogical Science of Ukraine / scientific editing by S.D.Maksymenko, L.A.Onufriieva. – Issue 28. – Kamianets-Podilskyi : Aksioma, 2015. – P. 202–211.

І.А.Коваль. Сучасні підходи в поглядах на етіологію депресивних розладів, їх діагностику і лікування. Проаналізовано поширеність депресивних розладів у світі. Констатовано, що впродовж останніх 20 років невизначена і не пролікована депресія визнається вагомим проблемою здоров'я суспільства в багатьох країнах, зокрема в Європі та США.

Встановлено, що майже половина випадків депресивних розладів не впізнана пацієнтом або лікарем, а серед діагностованих випадків значна частка пацієнтів залишаються не пролікованими. На це впливає стигматизація, те, що пацієнти не усвідомлюють вагомості хвороби, можливості її курабельності, а також той факт, що як лікарі, так і пацієнти більше концентрують увагу на соматичних скаргах, а особливо те, що депресія провокує 80% всіх суїцидальних спроб. При цьому відзначено, що депресія добре піддається лікуванню. Своєчасна діагностика депресії та розуміння її етіології позитивним чином відображується на якості і швидкості її лікування.

Досліджено критерії діагностики великого депресивного епізоду; комбінацію факторів, що призводить до задовільних результатів лікування; картину фізикальних обстежень, що опосередковано свідчать про наявність депресії; прості методи для оцінки депресії, доступні для усіх лікарів (наприклад, опитувальник Бека – це опитувальник самозвіту, який є інструментом для скринінгу і контролю прогресу терапії).

Запропоновано адекватну спробу лікування антидепресантами, що представляє собою підтримку терапевтичного рівня препарату впродовж 4-6 тижнів, а психотерапевтичне лікування – не менше 2 годин на тиждень впродовж 20-ти тижнів.

Зроблено висновки, що ефективність лікування залежить від вірно визначеної етіології депресивного розладу та вчасно встановленого діагнозу.

Ключові слова: депресивний розлад, великий депресивний епізод, психосоматика, ангедонія, резистентність, ремісія, фактори ризику, скринінг, етіологія депресії.

И.А. Коваль. Современные подходы во взглядах на этиологию депрессивных расстройств, их диагностику и лечение. Проанализировано распространенность депрессивных расстройств (ДР) в мире. Констатируется, что на протяжении последних 20-ти лет невыясненная и непролеченная депрессия признаётся существенной проблемой здоровья общества во многих странах, особенно в Европе и США.

Установлено, что почти половина случаев депрессивных расстройств не опознана пациентом или врачом, а среди диагностированных случаев значительная часть пациентов остаются непролеченными. На это влияет стигматизация, то, что пациенты не осознают значимости болезни, возможности ее курабельности, а также тот факт, что как врачи, так и пациенты больше концентрируют внимание на соматических жалобах, а особенно то, что депрессия провоцирует 80% суицидальных случаев. При этом отмечено, что депрессия хорошо поддается лечению. Своевре-

менная диагностика депрессии и понимание её этиологии позитивным образом отображается на качестве и скорости её лечения.

Исследованы критерии диагностики большого депрессивного эпизода; комбинация факторов, которая приводит к удовлетворительным результатам лечения; картина физикальных обследований при депрессии; простые методы для оценки депрессии, которые в наше время доступны всем врачам (например, опросник Бэка – это опросник самоотчета, который является инструментом для скрининга и контроля прогресса терапии).

Предложено адекватное лечение антидепрессантами, которое представляет собой поддержание терапевтического уровня препарата на протяжении 4-6 недель, а психотерапевтическое лечение – не менее 2 часов в неделю на протяжении 20-ти недель.

Сделано выводы, что эффективность лечения зависит от правильно определенной этиологии депрессивного расстройства и квалифицированно установленного диагноза.

Ключевые слова: депрессивное расстройство, большой депрессивный эпизод, психосоматика, ангедония, резистентность, ремиссия, факторы риска, скрининг, этиология депрессии.

Актуальність діагнозу депресивного розладу безперечна. У переліку її ознак першим пунктом стоїть факт про поширеність. Також перераховуються такі критерії: часто буває важкою, викликає значні фінансові витрати, часто рецидивує, добре піддається терапії.

Депресія входить до п'яти найпоширеніших розладів, які трапляються в практиці первинної лікарняної допомоги. Недіагностована депресія визнана ваговою проблемою в багатьох країнах.

У західних індустріальних країнах поширеність даного захворювання складає 2,3–3,2% серед чоловіків і 4,5–9,3% серед жінок [8, 56–68]. Ризик захворіти на депресивний розлад протягом життя складає 7-12% у чоловіків і 20–25% у жінок. У системі первинної медичної допомоги 6–10% хворих страждають від тривалої важкої депресії [10, 113–121]. Дані показники вказують, що велика депресія в практиці медичної допомоги зустрічається так само часто, як інфекції верхніх дихальних шляхів чи гіпертензія.

Майже половина випадків депресивних розладів не впізнана пацієнтом або лікарем, а серед діагностованих випадків – значна частка пацієнтів залишаються не пролікованими. На це впливає стигматизація, те, що пацієнти не усвідомлюють вагомості хвороби, можливості її курабельності, а також той факт, що як лікарі, так і пацієнти більше концентрують увагу на соматичних скаргах.

Депресія провокує 80% всіх суїцидальних спроб [9, 114-117]. При цьому депресія добре піддається лікуванню. Своєчасна діагностика депресії та розуміння її етіології позитивно відображуються на якості й швидкості її лікування.

Мета дослідження – аналіз сучасних перевірених досліджень щодо депресивних розладів, що охоплюють аспекти етіології, діагностики і лікування.

Проблема обізнаності лікарів-терапевтів з діагностикою і лікуванням депресії набуває актуальності в Україні. У сучасних умовах, враховуючи значне поширення депресивних розладів, особливо у пацієнтів із соматичною патологією, та появу нових, більш безпечних антидепресантів, діагностику і лікування легких та помірно виражених депресій в більшості країн Європи та Північної Америки здійснюють лікарі первинної ланки, а також терапевти, кардіологи тощо, 80% антидепресантів у країнах Західної Європи, США і Канади призначають не психіатри [2, 3–4]. Всесвітня психіатрична асоціація і Міжнародний комітет з профілактики і терапії депресії запровадили освітню програму з діагностики і лікування депресивних розладів, яку було реалізовано в багатьох регіонах. У 2002 р. матеріали опубліковано в Україні [1, 69]. Упродовж останніх 10 років кількість наукових публікацій з цієї проблеми в Україні збільшується, проте практичне впровадження залишається недостатнім [3, 32; 4, 30; 6, 40; 7, 28]. Відсутня і загальнодержавна програма підготовки лікарів загальної практики. Більшість лікарів-інтерністів відзначають значущість цієї проблеми, проте не вважають себе компетентними в питаннях діагностики і лікування депресій. Тому лікарям усіх спеціальностей вкрай важливо опанувати навички діагностики та лікування депресивних і тривожних розладів.

Згідно з останніми дослідженнями американських психіатрів і клінічних психологів, виділяються симптоми, мінімум п'ять із яких (включаючи ангедонію) при утриманні протягом двох і більше тижнів свідчать про наявність депресії. Причому за умови, що симптоми розвинулись не внаслідок вживання психоактивних речовин, соматичної хвороби чи переживання втрати.

Критерії діагностики великого депресивного епізоду:

- зниження настрою;
- втрата відчуття задоволення і цікавості;
- значна втрата ваги або значне її збільшення;
- безсоння або гіперсомнія;
- ажитація або загальмованість;

- втома, втрата енергії;
- посилення відчуття меншовартості та провини;
- зниження концентрації уваги;
- рекурентні меланхолійні або суїцидальні думки;
- значний дистрес або порушення життєдіяльності.

Рекомендації із застосування даних критеріїв описано в «Структурованому клінічному опитувальнику» DSM-IV (14).

За класифікацією МКХ-10: F32 – депресивний епізод (куди входить і легкий і важкий депресивні епізоди з\без соматичних проявів F32.0-F32.9); поодинокі епізоди депресивної реакції, велика депресія – без психотичних симптомів, психогенна депресія або реактивна депресія (F32.0, F32.1 і F32.2); F33-Рекурентний депресивний розлад (з\без соматичних проявів, різних ступенів важкості F33.0-F33.9).

Рекурентний розлад характеризується повторними епізодами депресій. Включає: рекурентні епізоди (F33.0 або F33.1) – депресивні реакції; психогенні та реактивні депресії; сезонні депресивні розлади. Рекурентні епізоди (F33.2 або F33.3) – ендогенна депресія; маніакально-депресивний психоз (депресивний тип); вітальна, велика, психотична депресії; психогенний або реактивний депресивний психоз. Виключені короткотривалі рекурентні депресивні епізоди (F38.1). [5, 64].

Велика депресія настільки ж небезпечна, як діабет і хвороби серця. Депресія значно збільшує смертність внаслідок суїцидів, нещасних випадків та погіршення перебігу соматичного захворювання.

Нещодавно в дослідженнях було встановлено, що лише половина пацієнтів з діагностованою депресією отримує лікування.

До задовільних лікувальних результатів призводить: підготовка лікарів, інформованість пацієнтів, зручні механізми для скринінгу пацієнтів із групи ризику; ефективні антидепресанти; психотерапія, сфокусована на відновленні життєдіяльності і профілактиці рецидиву; зручні методи контролю терапії, можливість отримати консультацію у складних випадках.

Прості методи для оцінки депресії зараз доступні всім лікарям. Так, опитувальник Бека (опитувальник самозвіту), містить 21 запитання; пацієнти вважають його зрозумілим і заповнюють за 5 хв. Підрахунок балів і інтерпретація прості, що забезпечує інструмент для скринінгу і контролю прогресу терапії. Інший опитувальник самозвіту «Опитувальник загального стану здоров'я». Клініцисти застосовують також «Шкалу депресії Гамільтона», що потребує спеціальних навичок для використання.

Але за наявності структурованої інструкції з використання лікар може засвоїти її самостійно.

Після виникнення підозри щодо депресивних розладів, що виникли за результатами анамнезу, фізикального обстеження, обстеження психічного статусу або відповіді на скринінгові методи, клініцист повинен продовжити ретельне опитування пацієнта для встановлення, які з наявних симптомів зустрічаються при депресивних розладах.

Клініцист запитує про тривалість, стійкість і важкість кожного симптому. Допоміжна інформація, отримана від родичів і з попередніх записів у медичній документації, допоможуть, якщо відповіді пацієнта недостатні, викривлені депресією або містять суперечності. Включаються й особисті спостереження клініциста (при оцінці ажитації, енергетичного рівня, концентрації та почуття безнадії у пацієнта).

Оскільки вегетативні ознаки депресії можуть бути результатом соматичних захворювань або ефектів медичних препаратів, діагноз депресії при соматичних захворюваннях не слід ставити лише на підставі наявності таких симптомів як втома, безсоння і анорексія. Необхідно шукати також когнітивні й афективні критерії депресії, зокрема: порушення концентрації уваги, відчуття безнадії і меншовартості, зниження настрою і ангедонію.

Можуть виникати сумніви, щодо того чи відсутність енергії і загальмованість є наслідком раку і болісних процедур, чи вони розвинулись унаслідок депресії. В такому випадку слід почати лікування ймовірної депресії у соматично хворого пацієнта з метою полегшити страждання від депресії і зменшити її негативний вплив на перебіг соматичного захворювання.

Депресивні розлади роблять важким перебіг соматичної хвороби через: посилення (перебільшення) болю, порушення дотримання рекомендацій, зниження соціальної підтримки і дисрегуляцію гуморальної та імунної систем. У депресивних пацієнтів більше виражена непрацездатність.

Вірогідність повторного великого депресивного епізоду (рецидив) становить понад 50%. Фактори ризику рецидиву: неповна ремісія, попередні рецидиви, чіткий сімейний анамнез щодо рекурентних афективних розладів, наявність в анамнезі «подвійної депресії» (велика депресія на фоні дистимії).

Існують основні підтипи великої депресії:

1. Психотичні риси: потребують лікування антипсихотичними препаратами у поєднанні з антидепресантами. Відображають важчу форму великої депресії.

2. Сезонні коливання: не менше, ніж два епізоди великої депресії в даний сезон у наступні роки.

3. Меланхолія: важкі вегетативні симптоми у вигляді анергії, безсоння й анорексії з добовим погіршенням вранці. Дані ознаки меланхолії часто першими відповідають на терапію антидепресантами, після чого зменшуються когнітивні й афективні симптоми.

4. Атипові риси: переїдання, гіперсомнія, збільшення ваги і надмірна реактивність настрою. Радше відповідають на терапію інгібіторами моноаміноксидази, ніж трициклічними антидепресантами.

5. Післяпологовий напад: розвивається приблизно у 10-15% жінок протягом 6-ти місяців після народження дитини. Попередній епізод депресії або біполярного розладу може слугувати показанням для призначення превентивної терапії при наступних пологах.

Дані підтипи часто описують як уточнення при встановленні формального діагнозу.

Найточнішим діагностичним маркером великої депресії є така електроенцефалографічна картина: зменшений загальний час сну, збільшена латентна фаза сну, зменшена латентна фаза швидкого руху очей, підвищена частота швидкого руху очей і зменшена 4-та фаза сну. Однак ЕЕГ під час сну не є практичним інструментом для діагностики депресії в системі первинної медичної допомоги. Важливим для встановлення діагнозу є ретельний збір історії розвитку депресії та дослідження психічного статусу.

Диференційну діагностику великого депресивного епізоду проводять з: розладом настрою внаслідок соматичного ураження; розладом настрою, викликаним вживанням психоактивних речовин; деменцією; біполярним розладом; розладом дефіциту уваги і гіперактивністю; супутнім розладом зі зниженим настроєм; втратою; тужливим настроєм.

Відношення депресії до соматичного розладу залежить від співпадіння двох розладів за часом, важкості соматичного розладу, відповіді пацієнта на лікування соматичного розладу, що лежить в основі симптоматики. Схожий підхід використовується щодо розладів настрою, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин.

При депресії у людей похилого віку можна говорити про псевдодеменцію. Депресія, зазвичай, починається швидше, ніж деменція, і супроводжується більшим когнітивним і афективним дистресом.

Діагноз депресивної фази біполярного розладу ґрунтується на наявності в анамнезі манії або гіпоманії.

Розлад дефіциту уваги з гіперактивністю може бути ускладненим вторинною депресією.

Кожен пацієнт, в якого встановлено діагноз великої депресії, має вивчити принципи лікування. Вони включають антидепресанти, психотерапію, фізіотерапію.

Усталених рекомендацій щодо адекватної психотерапії не існує, але достатньою спробою є 2 години на тиждень протягом 20 тижнів, якщо терапія сфокусована на допомозі при депресії (наприклад, когнітивна, біхевіоральна або клієнт-центрована терапія). Значне полегшення симптомів настає зазвичай через 4-6 тижнів.

Адекватна спроба лікування антидепресантами – підтримка терапевтичного рівня препарату протягом 4-6 тижнів. Антидепресанти, для яких добре вивчено співвідношення рівень\відповідь: іміпрамін, дезипрамін, амітриптилін, нортриптилін. З інгібіторів зворотного захоплення серотоніну препарат вибору – флуоксетин (циталопрам, пароксетин).

Висновок: ефективність лікування залежить від вірно визначеної етіології депресивного розладу і вчасно встановленого діагнозу, що підвищує вірогідність призначення адекватної психофармакотерапії і психотерапії.

Дослідження, що постійно проводяться для кращого вивчення етіології та лікування депресії, дозволяють покращити розуміння патофізіологічних і психосоматичних механізмів розладу, що сприяє оптимізації діагностичних критеріїв при виявленні депресії, створенню методики для швидкого і якісного скринінгу, застосуванню досвіду колег у своїй практиці.

Список використаних джерел

1. Депрессивные расстройства при соматических заболеваниях. Образовательная программа по депрессивным расстройствам ВПА//ПТД. Модуль 2 / под ред. Н.А. Корнетова. – К. : Сфера, 2002. – 69 с.
2. Депресія в практиці гастроентеролога / Здоров'я України. – 2010. – № 11–12 : 3– 4.
3. Коваленко І.В. Психосоматичні розлади: діагностика та лікування / І.В. Коваленко. – Вінниця : Консоль, 2005. – 32 с.
4. Марута Н.А. Депрессии в общеймедицинской практике (справочное пособие для врачей первичной медико-санитар-

- ной сети) / Н.А. Марута, Л.Н. Юрьева, А.И. Мамчур. – К., 2009. – 30 с.
5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств, Санкт-Петербург, 1994.
 6. Чабан О.С. Діагностика та лікування психосоматичних розладів в загальній медичній практиці (на прикладі метаболічного синдрому Х) : метод. рекомендації – К., 2009. – 40 с.
 7. Юзвишина О.В. Клінічні рекомендації для лікарів загальної практики щодо лікування супутніх депресій, тривожних станів і серцево-судинних захворювань: навчально-методичний посібник / О.В. Юзвишина. – Хмельницький, 2007. – 28 с.
 8. Agency for Health Care Policy and Research: Depression in Primary Care. Rockville, Maryland. U.S. Department of Health and Human Services, 1993.
 9. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual IV. Washington, DC, 1994.
 10. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, et al: Until of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 Study, 1994.

Spysok vykorystanyh dzherel

1. Депрессивные расстройства при соматических заболеваниях. Образовательная программа по депрессивным расстройствам ВРА//ПТД. Модуль 2 / под ред. Н.А. Корнетова. – К. : Сфера, 2002. – 69 с.
2. Депресія в практиці гастроентеролога / Здоров'я України. – 2010. – № 11–12 : 3–4.
3. Кова І.В. Психосоматичні розлади: діагностика та лікування / І.В. Коваленко. – Вінниця : Тов. «Консол», 2005. – 32 с.
4. Марута Н.А. Депрессия в обшхемедыцинской практике (справочное пособие для врачей первичной медицинской сестры) / Н.А. Марута, Л.Н. Юрьева, А.И. Мамчур. – К., 2009. – 30 с.
5. Mezhdunarodnaja klassifikacija boleznej (10-j peresmotr). Klassifikacija psihicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv, Sankt-Peterburg, 1994.
6. Chaban O.S. Diagnostyka ta likuvannja psyhosomatychnyh rozladiv v zagal'nij medychnij praktyci (na prykladi metaboličnogo sindromu H) : metod. rekomendacij' – K., 2009. – 40 s.

7. Juzvyshyna O.V. Klinichni rekomendacii' dlja likariv zagal'noi' praktyky shhodo likuvannja suputnih depresij, tryvozhnyh staniv i sercevo-sudynnyh zahvorjuvan'. Navchal'no-metodychnyj posibnyk / O.V. Juzvyshyna. – Hmel'nyckyj, 2007. – 28 s.

I.A. Koval. Modern approaches in the views on the etiology of depressive disorders, diagnosis and treatment of these disorders. The movement of the spread of depression disorders (DD) is analyzed. It is stated that over the past 20 years unexplained and not treated depression is recognized as a major problem of public health in many countries, especially in Europe and the USA.

The half of the cases of DD is established not be recognized by a patient or a doctor too. And in a case, which was diagnosed, many patients remain untreated.

On time diagnosis of depression and of its etiology understanding help us faster and qualitative making treatment.

The influencing factors are the stigma, unawareness of importance of treatment of this disorder, and at fact, that the doctors and patients pay more attention to somatic complaints; and we have information that depression includes 80% of the suicide cases.

But it is noted that depression responds well for treatment.

The diagnostic criteria of major depressive episode were investigated:

– a combination of factors which can give us satisfactory results of treatment;

– picture of the physical examination for depression;

– simple methods for assessment of depression, which in our time are available to all doctors (the Beck's scale, for example, is a self-report scale, which is a tool for screening and monitoring the progress of therapy).

Also drugs in therapeutically dose support antidepressant treatment for 4-6 weeks; the psychotherapeutic treatment is very important for 2 hours a week during 20 weeks.

It is concluded that in any case the effectiveness of treatment DD depends on right found etiology of depression and right diagnosis determination; right therapeutically dose of antidepressants; and quality of psychotherapeutic treatment (with psychiatric support).

Key words: depressive disorder, big depressive episode, psychosomatics, anhedonia, resistance, distress, remission, factor of risk, screening, etiology of depression.

Received January 04, 2015

Revised January 19, 2015

Accepted February 12, 2015