

DOI: 10.26693/jmbs06.04.077

УДК 616.895.1-616.895.6

Белов О. О.

## ДЕЯКІ ПРЕДИКТОРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У КОНТЕКСТІ КЛІНІЧНОГО ПАТОМОРФОЗУ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

**Мета.** Розглянути особливості клінічної симптоматики ініціального етапу депресивних розладів у порівняльному аспекті в контексті клінічного патоморфозу.

**Об'єкт та методи.** Аналізу медичної документації 236 пацієнтів та клінічного обстеження 245 пацієнтів з депресивними розладами.

**Результати.** Встановлено переважання у клінічній картині сучасних депресивних розладів зниженого настрою (загалом у 91,4% пацієнтів, у 91,6% чоловіків і 91,3% жінок,  $p > 0,05$ ), диссомній (відповідно 93,1%, 92,5% і 93,5%,  $p > 0,05$ ), тривоги, страху (відповідно 84,5%, 78,5%, 89,1%,  $p < 0,01$ ), астенії (відповідно 82,4%, 77,6% і 86,2%,  $p > 0,05$ ), соматовегетативної симптоматики (відповідно 82,9%, 77,6% і 87,0%,  $p < 0,01$ ), апатії (відповідно 78,8%, 69,2% і 86,2%,  $p < 0,01$ ) та ідей самоприпинення і самозвинувачення (відповідно 69,8%, 72,9% і 67,4%,  $p < 0,01$ ), і відносно незначну поширеність обсесивної симптоматики (відповідно 55,1%, 54,2% і 55,8%,  $p < 0,05$ ), емоційної лабільності (відповідно 51,0%, 54,2% і 48,6%,  $p < 0,01$ ) та когнітивних порушень (відповідно 45,3%, 43,9% і 46,4%,  $p < 0,05$ ) з переважанням у чоловіків емоційної лабільності та ідей самоприпинення і самозвинувачення, а у жінок – проявів тривоги, страху, апатії, когнітивних порушень, обсесивної та соматовегетативної симптоматики, що дає підстави вважати основними предикторами депресивного розладу на ініціальному етапі знижений настрій, диссомнії, прояви тривоги, страху, астенизації та соматовегетативної симптоматики. Клінічний патоморфоз ініціального етапу депресивних розладів полягає у значущому зменшенні у клінічній картині проявів зниженого настрою, ідей самоприпинення і самозвинувачення, емоційної лабільності та когнітивних порушень, і збільшенню проявів тривоги, страху, астенизації, апатії, обсесивної симптоматики, диссомній, соматовегетативної симптоматики і суїцидальних думок, при суттєво більшій гендерній диференціації клінічної симптоматики депресій.

**Висновки.** Виявлені закономірності вкладаються в загальну тенденцію до поліморфності і клінічної недиференційованості сучасних депресивних розладів, значної ураженості пацієнтів розладами сну, астеничною, апатичною та соматовегетативною симптоматикою, що вимагає перегляду діагностичних стратегій та індивідуалізації

діагностики. Виявлені закономірності можуть використовуватися для ранньої діагностики депресивних розладів і профілактики депресій.

**Ключові слова:** депресивні розлади, патоморфоз, клінічна симптоматика

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Робота виконана відповідно до плану науково-дослідних робіт кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова і є фрагментом комплексної теми «Психічна дезадаптація (клінічна феноменологія, механізми формування, комплексна корекція», № держ. реєстрації 0115U004000.

**Вступ.** Депресивні розлади є однією з найбільш актуальних і масштабних медичних і соціальних проблем сучасності. Пожиттєва поширеність різних форм депресій складає від 5% до 17%, щорічна ймовірність розвитку депресії становить 7%, а теоретичний ризик розвитку депресивного розладу протягом життя може сягати 30% [1, 2]. Великий депресивний розлад вважається третьою за масштабами економічних втрат нозологією, а до 2030 року, за експертними оцінками, вийде на перше місце; при цьому вже сьогодні лікування депресії є основним джерелом медичних витрат у розвинених країнах [3-5]. Тривалість нелікованого епізоду важкої депресії може становити від 6 до 12 місяців, а частота рецидивування складає після першого епізоду депресії 50%, після другого – 70%, і після третього – 90% [1, 6].

Одним з найбільш важливих аспектів, пов'язаних із вивченням депресивних розладів, є дослідження сучасного патоморфозу депресій. Патоморфоз депресивних розладів поширюється на гендерні, вікові та соціальні характеристики пацієнтів, а також на клінічні прояви захворювання, ускладнюючи ранню діагностику і профілактику депресій; важливо також зауважити, що патоморфоз може бути одним із факторів терапевтичної резистентності депресивних розладів [7, 8].

Дослідження особливостей сучасної клінічної феноменології депресивних розладів на ініціальному етапі має важливе значення для розуміння закономірностей та динаміки клінічного патоморфозу депресій, а результати таких досліджень можуть бути покладені в основу розробки сучасних

методів прогнозування, лікування та профілактики депресивних розладів [9, 10]. Особливо цінними є результати аналізу предикторів первинного епізоду депресивного розладу, оскільки це дає можливість передбачати виникнення захворювання і спрямовувати зусилля на його первинну профілактику; при цьому сьогодні відчувається брак таких досліджень і недостатність інформації щодо преморбідної та ініціальної симптоматики депресій, асоційованої з високим ризиком розвитку афективної патології [11].

**Метою дослідження** було вивчення клініко-психопатологічної феноменології ініціального етапу депресивних розладів у контексті клінічного патоморфозу.

**Матеріал та методи дослідження.** Було проаналізовано особливості клінічного дебюту депресивних розладів шляхом аналізу медичної документації (історій хвороби, амбулаторних карт, епікризів, виписок) 236 пацієнтів (115 чоловіків і 121 жінки), які зверталися по медичну допомогу до Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. акад. О.І. Юценка та Вінницької обласної психіатричної лікарні № 2 у період 1971-1995 років з приводу депресивного розладу (коди за МКХ-9 296.1, 296.3). Ці пацієнти склали групу А. Середній вік їх склав 37,5±12,2 років (чоловіків 38,3±13,1 років, жінок 36,8±11,2 років), середня тривалість захворювання – 7,5±4,6 років (чоловіків 7,7±5,0 років, жінок 7,3±4,1 років).

Також з дотриманням принципів біомедичної етики у відповідності до Хельсінкської декларації, на підставі інформованої згоди, за умов збереження анонімності пацієнтів, було клінічно обстежено 245 хворих на депресивні розлади (107 чоловіків і 138 жінок), які зверталися за психіатричною допомогою до Вінницької обласної психоневрологічної лікарні ім. акад. О.І. Юценка та за консультативно-лікувальною допомогою

на кафедрі медичної психології та психіатрії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова протягом 2015-2019 років. Критерієм включення до дослідження було встановлення діагнозу депресивного розладу відповідно до критеріїв МКХ-10 (коди F 31.3, F 31.4, F 32.0, F 32.1, F 32.2, F 33.0, F 33.1, F 33.2). Середній вік обстежених хворих склав 33,6±11,2 років, чоловіків 34,2±11,1 років, жінок 33,2±11,4 років. Ці пацієнти склали групу В. Середня тривалість захворювання на момент обстеження склала 5,0±5,6 років, чоловіків 5,7±5,8 років, жінок 4,5±5,4 роки.

Статистичний аналіз розбіжностей проводився за допомогою точного критерію Фішера. Прийнятним вважався рівень статистичної значущості розбіжностей  $p < 0,05$ .

**Результати дослідження.** У структурі ініціальної симптоматики депресивних розладів на сучасному етапі провідне місце належить власне афективній симптоматичі та проявам диссомнії (табл. 1, 2).

**Таблиця 1** – Симптоматика ініціального етапу депресивних розладів у пацієнтів, які зверталися за психіатричною допомогою у період 2015-2019 років

Симптом	чоловіки		жінки		разом	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Знижений настрій	98	91,6	126	91,3	224	91,4
Почуття тривоги, страху	84	78,5	123	89,1	207	84,5
Емоційна лабільність	58	54,2	67	48,6	125	51,0
Швидка втомлюваність	83	77,6	119	86,2	202	82,4
Апатія	74	69,2	119	86,2	193	78,8
Когнітивні порушення	47	43,9	64	46,4	111	45,3
Нав'язливі думки	58	54,2	77	55,8	135	55,1
Диссомнії	99	92,5	129	93,5	228	93,1
Ідеї самоприниження і самозвинувачення	78	72,9	93	67,4	171	69,8
Соматовегетативна симптоматика	83	77,6	120	87,0	203	82,9
Суїцидальні думки	83	77,6	96	69,6	179	73,1

**Таблиця 2** – Рівень статистичної значущості розбіжностей (р) при порівнянні різних груп обстежених пацієнтів

Симптоми	Порівняння чоловіків і жінок		Порівняння групи А з групою В		
	Група А	Група В	чоловіки	жінки	разом
Знижений настрій	0,738	0,563	0,007	0,003	0,000
Почуття тривоги, страху	0,005	0,018	0,331	0,000	0,003
Емоційна лабільність	0,005	0,227	0,000	0,003	0,000
Швидка втомлюваність	0,132	0,055	0,180	0,000	0,000
Апатія	0,002	0,001	0,000	0,000	0,000
Когнітивні порушення	0,025	0,400	0,000	0,118	0,000
Нав'язливі думки	0,019	0,453	0,519	0,010	0,056
Диссомнії	0,312	0,481	0,031	0,001	0,000
Ідеї самоприниження і самозвинувачення	0,000	0,215	0,002	0,213	0,004
Соматовегетативна симптоматика	0,002	0,039	0,000	0,000	0,000
Суїцидальні думки	0,190	0,104	0,016	0,025	0,002

Так, більш ніж у 90% пацієнтів першими симптомами депресії були знижений настрій та порушення сну, вельми поширеними (80-90%) виявилися також прояви тривоги, страху, астенизації та соматовегетативної симптоматики, дещо рідше виявлялися апатія, ідеї самоприниження і самозвинувачення, а найрідшими проявами первинного депресивного епізоду були obsесивна симптоматика, емоційна лабільність та когнітивні порушення (зниження концентрації уваги, пам'яті, утруднене мислення). Гендерні відмінності полягають у значуще ( $p < 0,05$ ) більшій поширеності серед жінок проявів тривоги, страху, апатії, когнітивних порушень, obsесивної та соматовегетативної симптоматики, а у чоловіків – емоційної лабільності та ідей самоприниження і самозвинувачення.

Порівняння особливостей ініціальної симптоматики депресивних розладів у минулому дозволило виявити деякі напрямки сучасного патоморфозу депресій (табл. 2, 3).

**Таблиця 3** – Симптоматика ініціального етапу депресивних розладів у пацієнтів, які зверталися за психіатричною допомогою у період 1971-1995 років

Симптом	чоловіки		жінки		разом	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Знижений настрій	114	99,1	120	99,2	234	99,2
Почуття тривоги, страху	94	81,7	80	66,1	174	73,7
Емоційна лабільність	94	81,7	80	66,1	174	73,7
Швидка втомлюваність	82	71,3	77	63,6	159	67,4
Апатія	11	9,6	30	24,8	41	17,4
Когнітивні порушення	78	67,8	66	54,5	144	61,0
Нав'язливі думки	63	54,8	49	40,5	112	47,5
Диссомнії	96	83,5	97	80,2	193	81,8
Ідеї самоприниження і самозвинувачення	102	88,7	88	72,7	190	80,5
Соматовегетативна симптоматика	62	53,9	41	33,9	103	43,6
Суїцидальні думки	73	63,5	69	57,0	142	60,2

У пацієнтів, які зверталися по психіатричну допомогу у 1971-1995 майже у всіх випадках мав місце знижений настрій, який був основним симптомом ініціального етапу депресії; це значуще ( $p < 0,01$ ) більше, ніж у сучасних пацієнтів. У пацієнтів групи А більшою також виявилася поширеність ідей самоприниження і самозвинувачення, емоційної лабільності та когнітивних порушень. Натомість, у сучасних пацієнтів більшою виявилася поширеність проявів тривоги, страху, астенизації, апатії, obsесивної симптоматики, диссомній, соматовегетативної симптоматики і суїцидальних думок. У групі А значущі гендерні відмінності виявлені лише для почуття тривоги і страху та соматовегетативної симптоматики, які були більшою мірою виражені у чоловіків.

**Обговорення отриманих результатів.** Виявлені особливості ініціальної симптоматики дозволяють говорити про наявність клінічного патоморфозу ініціального етапу депресивних розладів, основними тенденціями якого є зменшення питомої ваги «класичних» депресивних симптомів, насамперед, зниженого настрою і пов'язаних з цим ідей самоприниження і самозвинувачення, а також емоційної лабільності і когнітивних порушень при збільшенні поширеності тривожної, астеничної, апатичної, obsесивної, диссомнічної та соматовегетативної симптоматики. Це узгоджується з даними сучасних досліджень, які засвідчують тенденцію до розмивання клінічної картини афективних розладів, стирання класичних форм захворювань і тяжіння сучасних депресій до поліморфної симптоматики [12-15]. Спектр і поширеність клінічної симптоматики, виявлені у сучасних пацієнтів на ініціальному етапі, підтверджують дані інших авторів щодо значної поширеності диссомнічних проявів,

що виявляються майже у всіх пацієнтів з депресією, а також щодо значної ролі у клінічній феноменології первинних проявів депресії астеничної, апатичної та соматовегетативної симптоматики [16, 17]. У деяких дослідженнях навіть обґрунтовується необхідність включення диссомнічної та соматовегетативної симптоматики (насамперед, поширеного болю, головного болю та кардіальної симптоматики) до ключових симптомів депресивного розладу у зв'язку зі збільшенням їх ролі у комплексній клінічній картині депресії [18, 19]. Водночас, у даному дослідженні були виявлені й певні відмінності у поширеності окремих симптомів, що можуть бути пояснені гетерогенністю вибірки, що включала як монополярні, так і біполярні депресії. Слід також мати на увазі, що ряд авто-

рів акцентують увагу на неоднорідності сучасної клінічної категорії «депресія» і пропонують зосередитися на пошуку інструментів персоналізації профілю депресивної симптоматики з урахуванням індивідуально-психологічних, патоперсоналогічних та нейрокогнітивних характеристик, а також психіатричної і соматичної коморбідності [20, 21]. Результати даного дослідження доповнюють наявні дані щодо тенденцій клінічного патоморфозу ініціального етапу депресивних розладів, що слід враховувати при розробці діагностичних підходів щодо депресивних розладів на сучасному етапі.

**Висновки.** Сучасні депресивні розлади піддані клінічному патоморфозу, що проявляється вже на ініціальному етапі захворювання. Клінічна картина ініціального етапу депресивних розладів

на сучасному етапі характеризується поєднанням афективної, диссомнічної та соматовегетативної симптоматики, при цьому у чоловіків спостерігається переважання у чоловіків емоційної лабільності та ідей самоприниження і самозвинувачення, а у жінок – проявів тривоги, страху, апатії, когнітивних порушень, obsесивної та соматовегетативної симптоматики. Основними предикторами депресивного розладу на ініціальному етапі є знижений настрій, диссомнії, прояви тривоги, страху, астенизації та соматовегетативної симптоматики. Ключовими тенденціями клінічного патоморфозу депресивних розладів на ініціальному етапі є зменшення виразності власне депресивної симптоматики,

афективної лабільності та когнітивних порушень, та збільшення проявів тривоги і страху, на тлі посилення у клінічній картині проявів апатії, астенизації, obsесивних проявів, диссомнії, соматовегетативної симптоматики і суїцидальних думок, із загальною тенденцією до посилення гендерної диференціації клінічної симптоматики депресивних розладів. Виявлені закономірності можуть використовуватися для ранньої діагностики депресивних розладів.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані із розробкою сучасних методів ранньої діагностики депресивних розладів, а також у пошуку шляхів профілактики депресій.

## References

1. Global Burden of Disease Study C Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015; 386: 743-800. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60692-4
2. Park LT, Zarate CA Jr. Depression in the Primary Care Setting. Reply. *N Engl J Med*. 2019; 380(23): 2279-80. doi: 10.1056 / NEJMc1903259
3. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet*. 2018; 392: 2299-2312. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31948-2
4. Murray CJ. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018; 392: 1789-1858. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7
5. Hockenberry JM, Joski P, Yarbrough C, Druss BG. Trends in treatment and spending for patients receiving outpatient treatment of depression in the United States, 1998-2015. *JAMA Psychiatry*. 2019; 76: 810-17. PMID: 31017627. PMCID: PMC6487900. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.0633
6. Bains N, Abdijadid S. Major Depressive Disorder. In: StatPearls. Treasure Island (FL). P. StatPearls Publishing; 2020 Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559078/> (date of the application: 01.07.2021).
7. Skrypnikov AM, Herasimenko LO, Gryn KV. Vikovyj patomorfoz recurrentnyh depresyvnih rozladiv [Age pathomorphosis of recurrent depressive disorders]. *Svit medicyny i biologii*. 2016; 4(58): 64-66. [Ukrainian]. doi: 10.1111/dmnc.13242
8. Rakhman LV, Markova MV. Clinical and therapeutic levels of pathomorphosis of treatment-resistant depression. *Med Psychol*. 2014; 1: 36-40.
9. Al-Harbi KS. Treatment-resistant depression: therapeutic trends, challenges, and future directions. *Patient Preference Adherence*. 2012; 6: 369-88. PMID: 22654508. PMCID: PMC3363299. doi: 10.2147/PPA.S29716
10. Markova M, Rezunenکو O, Kozhyna H. Contents and efficiency measures of psychoeducation in rehabilitation system of patients with bipolar affective disorder. *Journal of Education, Health and Sport Sciences*. 2017; 7: 711-5. doi: 10.15587/2519-4798.2017.108070
11. Peters AT, Shankman SA, Deckersbach T, West AE. Predictors of first-episode unipolar major depression in individuals with and without sub-threshold depressive symptoms: A prospective, population-based study. *Psychiatry Res*. 2015; 230(2): 150-6. PMID: 26343831. PMCID: PMC4692357. doi: 10.1016/j.psychres.2015.08.030
12. Onchev G. Changes in Psychopathology and Mental Health Resilience. *Front Psychiatry*. 2021; 12: 676492. PMID: 34093285. PMCID: PMC8173063. doi: 10.3389/fpsy.2021.676492
13. Wu AFW, Ooi J, Wong PWC., Catmur C, Lau JYF. Evidence of pathological social withdrawal in non-Asian countries: a global health problem. *Lancet Psychiatry*. 2019; 6: 195-6. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30428-0
14. Hinshaw SP, Scheffler RM. *The ADHD Explosion: Myths, Medication, Money, and Today's Push for Performance*. NY: Oxford University Press; 2014.
15. Røtgaard EM, Jensen K, Vergnes JN, Soulières I, Mottron L. Temporal changes in effect sizes of studies comparing individuals with and without autism: a meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2019; 76: 1124-32. PMID: 31433441. PMCID: PMC6704749. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.1956
16. Mysula YI. Osoblyvosti klinichnoj fenomenologii pervynnogo epizodu bipolarnogo afektivnogo rozladu [Features of clinical phenomenology of primary episode of bipolar affective disorder]. *Archive of Psychiatry*. 2019; 25(1): 11-14. doi: 10.37822/2410-7484.2019.25.3.142-146

17. Mysula YI, Venger OP. Osoblyvosti dissomnij pry pervynnomu epizodi bipolarnogo afektivnogo rozladu [Features of dyssomny in primary episode of bipolar affective disorder]. *Bulletin of National Pirogov Memorial Medical University*. 2019; 23(3): 393-6. doi: 10.31393/reports-vnmedical-2019-23(3)-09
18. Fried EI, Epskamp S, Nesse RM et al. What are “good” depression symptoms? Comparing the centrality of DSM and non-DSM symptoms of depression in a network analysis. *J Affect Disord*. 2016; 189: 314–320. PMID: 26458184. doi: 10.1016/j.jad.2015.09.005
19. Haroz EE, Ritchey M, Bass JK, Kohrt BA, Augustinavicius J, Michalopoulos L, et al. How is depression experienced around the world? A systematic review of qualitative literature. *Soc Sci Med*. 2017; 183: 151–162. PMID: 28069271. PMCid: PMC5488686. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.12.030
20. Maj M, Stein DJ, Parker G, immerman M, Fava GA, De Hert M, et al. The clinical characterization of the adult patient with depression aimed at personalization of management. *World Psychiatry*. 2020; 19(3): 269-293. PMID: 32931110. PMCid: PMC7491646. doi: 10.1002/wps.20771
21. Drożdżowicz A. Increasing the Role of Phenomenology in Psychiatric Diagnosis-The Clinical Staging Approach. *J Med Philos*. 2020; 45(6): 683-702. PMID: 33094808. PMCid: PMC7703742. doi: 10.1093/jmp/jhaa022

УДК 616.895.1-616.895.6

### НЕКОТОРЫЕ ПРЕДИКТОРЫ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В КОНТЕКСТЕ КЛИНИЧЕСКОГО ПАТОМОРФОЗА

**Белов А. А.**

**Резюме.** Цель. Рассмотреть особенности клинической симптоматики инициального этапа депрессивных расстройств в сравнительном аспекте в контексте клинического патоморфоза.

**Объект и методы.** Анализ медицинской документации 236 пациентов и клинического обследования 245 пациентов с депрессивными расстройствами.

**Результаты.** Установлено преобладание в клинической картине современных депрессивных расстройств сниженного настроения (всего у 91,4% пациентов, у 91,6% мужчин и у 91,3% женщин,  $p > 0,05$ ), диссомний (соответственно 93,1%, 92,5% и 93,5%,  $p < 0,05$ ), тревоги, страха (соответственно 84,5%, 78,5%, 89,1%,  $p < 0,01$ ), астении (соответственно 82,4%, 77,6% и 86,2%,  $p < 0,05$ ), соматовегетативной симптоматики (соответственно 82,9%, 77,6% и 87,0%,  $p < 0,01$ ), апатии (соответственно 78,8%, 69,2% и 86,2%,  $p < 0,01$ ) и идей самоуничтожения и самообвинения (соответственно 69,8%, 72,9% и 67,4%,  $p < 0,01$ ), и относительно незначительной распространенности обсессивной симптоматики (соответственно 55,1%, 54,2% и 55,8%,  $p < 0,05$ ), эмоциональной лабильности (соответственно 51,0%, 54,2% и 48,6%,  $p < 0,01$ ) и когнитивных нарушений (соответственно 45,3%, 43,9% и 46,4%,  $p < 0,05$ ) с преобладанием у мужчин эмоциональной лабильности и идей самоуничтожения и самообвинения, а у женщин – проявлений тревоги, страха, апатии, когнитивных нарушений, обсессивной и соматовегетативной симптоматики, что дает основания считать основными предикторами депрессивного расстройства на инициальном этапе сниженное настроение, диссомнии, проявления тревоги, страха, астенизации и соматовегетативной симптоматики. Клинический патоморфоз инициального этапа депрессивных расстройств заключается в значимом уменьшении в клинической картине проявлений сниженного настроения, идей самоуничтожения и самообвинения, эмоциональной лабильности и когнитивных нарушений, и увеличению проявлений тревоги, страха, астенизации, апатии, обсессивной симптоматики и диссомний, соматовегетативной симптоматики и суицидальных мыслей, при существенно большей гендерной дифференциации клинической симптоматики депрессий.

**Выводы.** Выявленные закономерности укладываются в общую тенденцию к полиморфности и клинической недифференцированности современных депрессивных расстройств, значительной распространенности у пациентов расстройств сна, астенической, апатической и соматовегетативной симптоматики, что требует пересмотра диагностических стратегий и индивидуализации диагностики депрессий. Выявленные закономерности могут использоваться для ранней диагностики депрессивных расстройств и профилактики депрессий.

**Ключевые слова:** депрессивные расстройства, патоморфоз, клиническая симптоматика.

UDC 616.895.1-616.895.6

### Some Predictors of Depressive Disorders in the Context of Clinical Patomorphosis

**Belov O. O.**

**Abstract.** The purpose of the study was to study the clinical and psychopathological phenomenology of the initial stage of depressive disorders in the context of clinical pathomorphosis.

**Materials and methods.** Features of clinical symptoms of the initial stage of depressive disorders in the comparative aspect in the context of clinical pathomorphosis based on the analysis of medical records of 236

patients who were treated for depressive disorders in 1971-1995 (ICD-9 codes 296.1, 296.3) and clinical examination of 245 patients with depressive disorders in 2015-2019 (ICD-10 codes F 31.3, F 31.4, F 32.0, F 32.1, F 32.2, F 33.0, F 33.1, F 33.2) are considered.

**Results and discussion.** It was established that there is a predominance in the clinical picture of modern depressive disorders of low mood (in general in 91.4% of patients, 91.6% of men and 91.3% of women,  $p>0.05$ ), dyssomnia (93.1%, 92.5% and 93.5%, respectively,  $p>0.05$ ), anxiety, fear (84.5%, 78.5%, 89.1%, respectively,  $p<0.01$ ), asthenia (82.4%, 77.6% and 86.2%, respectively,  $p>0.05$ ), somatic vegetative symptoms (82.9%, 77.6% and 87.0%, respectively,  $p<0.01$ ), apathy (78.8%, 69.2% and 86.2%, respectively,  $p<0.01$ ) and ideas of self-humiliation and self-blame (69.8%, 72.9% and 67.4%, respectively,  $p<0.01$ ), and the relatively low prevalence of obsessive symptoms (55.1%, 54.2% and 55.8%, respectively,  $p<0.05$ ), emotional lability (51.0%, 54.2% and 48.6%, respectively,  $p<0.01$ ) and cognitive impairment (45.3%, 43.9% and 46.4%, respectively,  $p<0.05$ ) with a predominance of emotional lability and ideas of self-humiliation and self-blame in men, and manifestations of anxiety, fear, apathy, cognitive impairment, obsessive and somatic vegetative symptoms in women, which gives grounds to consider that the main predictors of depressive disorder at the initial stage of low mood are dyssomnia, anxiety fear, asthenia and somatic vegetative symptoms. The revealed features suggest the presence of a clinical pathomorphosis of depressive disorders. The clinical pathomorphosis of the initial stage of depressive disorders is in a significant reduction in the clinical picture of low mood, ideas of self-abasement and self-blame, emotional lability and cognitive impairment, and an increase in anxiety, fear, asthenia, apathy, obsessive symptoms and obsessive-compulsive symptoms, with significantly greater gender differentiation of clinical symptoms of depression.

**Conclusion.** The identified patterns are embedded in the general trend towards polymorphism and clinical undifferentiation of modern depressive disorders, significant involvement of patients with sleep disorders, asthenic, apathetic and somatic vegetative symptoms, which requires revision of diagnostic strategies and individualization of diagnosis. The identified patterns can be used for early diagnosis of depressive disorders and prevention of depression.

**Keywords:** depressive disorders, pathomorphosis, clinical symptoms.

#### ORCID and contributionship:

Oleksandr O. Belov: 0000-0002-0156-0777 <sup>A-F</sup>

---

A – Work concept and design, B – Data collection and analysis,  
C – Responsibility for statistical analysis, D – Writing the article,  
E – Critical review, F – Final approval of the article

#### CORRESPONDING AUTHOR

**Oleksandr O. Belov**

National Pirogov Memorial Medical University

Medical Psychology and Psychiatry with a course of postgraduate education Department

56, Pirogov St., Vinnytsia 21000, Ukraine

tel: +380678636827, e-mail: oleksbelov@gmail.com

*The authors of this study confirm that the research and publication of the results were not associated with any conflicts regarding commercial or financial relations, relations with organizations and/or individuals who may have been related to the study, and interrelations of coauthors of the article.*

Стаття надійшла 14.06.2021 р.

*Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування*