

DOI: 10.21802/artm.2022.3.23.12  
УДК 615.83:616.89-008.454

## АНАЛІЗ СОМАТИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ ДЕПРЕСІЇ ПРИ ПЛАНУВАННІ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

О.Я. Андрійчук<sup>1</sup>, Л.Ю. Сахарук<sup>2</sup>*Волинський національний університет імені Лесі Українки,  
кафедра фізичної терапії та ерготерапії, м. Луцьк, Україна,*<sup>1</sup>ORCID ID: 0000-0003-4415-4696,<sup>2</sup>ORCID ID: 0000-0002-7935-8982,

e-mail: andrijchuk.olga@vnu.edu.ua

**Резюме.** Робота фізичного терапевта з хворими на рекурентний депресивний розлад має свої особливості, які виникають у зв'язку з соматичною складовою в клінічній картині. Метою роботи було проаналізувати поліморфізм скарг пацієнтів з рекурентним депресивним розладом та визначити кореляцію між ними та ступенем депресивного розладу за результатами анкети PHQ-9. До дослідження було залучено 67 жінок, хворих на рекурентний депресивний розлад, які були направлені на стаціонарне лікування. Вік пацієток  $45,37 \pm 12,01$  р. (min – 23 р.; max – 69 р.). Отримані результати свідчать, що найбільш частими скаргами є зниження настрою (85,1%), головний біль (47,8%), апатія та безсоння (38,8%). При визначенні взаємозв'язків між симптомами, були виявлені позитивні та негативні кореляційні зв'язки різної сили. Так, сильний позитивний взаємозв'язок був між порушеннями статевої функції та втратою апетиту ( $r=0,72$ ) і сильна негативна кореляція між запамороченням та втратою апетиту ( $r= - 0,86$ ). Між іншими скаргами відмічений взаємозв'язок меншої сили. При визначенні ступеня депресивного розладу за результатами анкетування PHQ-9, було виявлено, що третина обстежених (34,4%) має легкий депресивний розлад, чверть (23,9%) – помірну депресивну симптоматику і у 14,9% опитаних – виражений депресивний розлад. При розрахунку взаємозалежності між ступенем депресивного розладу та наявними скаргами була виявлена певна кореляція, проте прямої залежності між вираженістю депресії та скаргами не виявлено.

Отримані дані є важливими для фізичних терапевтів та інших членів мультидисциплінарної реабілітаційної команди і засвідчують факт наявності у пацієнтів з депресією множинних соматичних симптомів, які не завжди пов'язані з станом здоров'я та ступенем депресивного розладу.

**Ключові слова:** депресія, скарги, фізична терапія.

**Вступ.** Дослідження експертів Світового банку показали, що в Україні найпоширенішими психічними захворюваннями є депресія, тривожні розлади та розлади, пов'язані з вживанням алкоголю й інших психоактивних речовин. При цьому депресія є лідером серед психічних патологій серед українців [1]. Депресивні розлади мають медико-соціальні наслідки. Вони не дозволяють задовольнити базові потреби людини, негативно відображається на повсякденній життєвій активності, є найзначнішим фактором нефатального погіршення здоров'я [2].

**Обґрунтування дослідження.** Для забезпечення лікування та комплексної програми реабілітації хворих на депресивні розлади необхідна точна діагностика основного захворювання (депресії) та супутніх симптомів. Депресія характеризується високим рівнем коморбідності з іншими соматичними та психічними розладами, що суттєво ускладнює діагностику [3], що значно знижує якість життя пацієнтів [4], а низький та високий рівень депресивності створює умови для розвитку артеріальної гіпертензії, соматоформних порушень [5]. Доведений фактом на розвиток депресії має сезонність. Такий вид депресії починається в період пізньої осені та триває впродовж зими. Після закінчення періоду, зі збільшенням природнього освітлення та тривалості дня, настає період ремісії [6]. При проведенні консультацій у жінок необхідно враховувати можливість розвитку передменструального

дисфоричного розладу, що характеризується дратівливістю, тривогою, депресією та емоційною лабільністю, що виникають за тиждень до початку менструації з наступним зникненням симптомів після початку [7]. На основі тривалих досліджень вчені зробили висновок, від рівня гормонів яєчників залежить ризик розвитку депресії, вираженість депресії, частота загострень [8]. Одним з пускових чинників виникнення чи рецидиву депресії є соціальна ізоляція, відчуття самотності [9].

Враховуючи великий арсенал факторів ризику розвитку та проявів депресивних розладів, необхідно прицільно проводити діагностику депресії у пацієнтів, які звертаються за медичною допомогою до сімейного лікаря чи вузького спеціаліста, і водночас у хворих на депресію виявляти соматичні, хронічні захворювання, що можуть маскуватись як прояви депресії чи необґрунтованих скарг.

**Мета дослідження:** проаналізувати скарги у хворих на депресію, які проходять курс терапії в стаціонарних умовах, виявити кореляційні зв'язки між скаргами та результатами анкетувань за Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Робота виконана в межах наукового дослідження «Фізична терапія хворих на рекурентний депресивний розлад», затвердженого рішенням наукової ради Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки (протокол № 8 від 23.06.2020 р).

**Матеріали і методи.** До дослідження було залучено 67 жінок, хворих на рекурентний депресивний розлад, які проходили лікування в стаціонарному відділенні КП «Волинська обласна психіатрична лікарня м. Луцька». Дослідження проводилось з вересня 2021 по травень 2022 р. Вік пацієнок –  $45,37 \pm 12,01$  р. (min – 23 р.; max – 69 р.). До дослідження не були включені пацієнтки, які особисто (або їх родичі) не дали згоду на участь. При первинному обстеженні ми проводили анкетування за опитувальником Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Таке опитування дозволяє поставити синдромальний діагноз депресії та визначити її тяжкість. Опитувальник стану здоров'я PHQ-9 є універсальним та найбільш дієвим інструментом для скринінгу, спостереження та визначення тяжкості депресії. Результати анкети PHQ-9 за сумою балів виявляють ступінь депресивного стану. При сумі балів від 0-4 констатовано мінімальну депресію, при сумі 5-9 – легку депресивну симптоматику, при 10-14 – помірну депресивну симптоматику, при 15-19 – виражені депресивні розлади, 20-27 – депресія важкого ступеня [3, 10].

Опитування щодо скарг хворих ми проводили після призначення лікуючим лікарем відповідного медикаментозного лікування, при нормалізації психоемоційного стану для адекватного спілкування. Зазвичай, цілеспрямоване спілкування відбувалось на 3-5 добу перебування в умовах стаціонару. Опитування проводили за визначеною схемою. Спочатку учасниці дослідження самостійно вказували на скарги, які найбільш їх турбували на момент поступлення, після чого системно збирали анамнестичні скарги.

Математичне опрацювання первинних даних ми проводили за допомогою програми MedStat: розраховували середнє значення ( $X$ ), похибку ( $m$ ), середнє квадратичне відхилення ( $\delta$ ). Кореляційний зв'язок ми вивчали за допомогою розрахунку коефіцієнта рангової кореляції Спірмена ( $r$ ) на рівні значущості  $p \leq 0,01$ .

Кореляційний зв'язок між досліджуваними показниками ми оцінювали як слабкий при  $r=0,1-0,29$ ;

середньої сили при  $r=0,3-0,49$ ; значний при  $r=0,5-0,69$ ; сильний при  $r=0,7-0,89$ ; дуже сильний при  $r=0,9-0,99$ . Додатний коефіцієнт кореляції вказує на прямий (позитивний) зв'язок між показниками, а від'ємний – про зворотний (негативний) зв'язок.

#### Результати дослідження та їх обговорення.

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 спостерігалось значущих порушень настрою [11], тобто необхідно мати зафіксованим мінімум два епізоди депресії тривалістю від двох тижнів і більше і між ними повинні бути кілька місяців благополучного стану.

Згідно з даними дослідження ряду авторів та сучасними клінічними настановами, депресивний епізод проявляється основними та додатковими симптоми. До основних симптомів належать: упродовж двох і більше тижнів майже щодня має місце депресивний настрій, який триває більшу частину дня та не залежить від ситуації; втрата інтересу до того, що зазвичай приносить задоволення; зниження енергії та підвищення стомлюваності.

Додаткові симптоми: зниження впевненості та самооцінки; безпричинне самозвинувачення чи надмірне, неадекватне відчуття провини: повторювані думки про смерть, самогубство або суїцидальна поведінка; скарги на погіршення здатності концентруватися чи обмірковувати, нерішучість, вагання; порушення психомоторної активності з ажитацією чи загальмованістю: порушення сну; підвищення чи зниження апетиту з відповідними змінами маси тіла [12 - 14].

За даними нашого дослідження, на момент обстеження у пацієнтів основними скаргами було зниження настрою (85,1%), головний біль (47,8%), апатія та безсоння (38,8%). Детальний розподіл пацієнтів з рекурентним депресивним розладом щодо наявних скарг на момент первинного обстеження фізичним терапевтом подано в таблиці 1.

Таблиця 1

#### Розподіл пацієнтів з рекурентним депресивним розладом щодо скарг при первинному обстеженні

| Скарги                       | n  | %    |
|------------------------------|----|------|
| Зниження настрою             | 57 | 85,1 |
| Головний біль                | 32 | 47,8 |
| Апатія                       | 26 | 38,8 |
| Безсоння                     | 26 | 38,8 |
| Зміна маси тіла              | 25 | 37,3 |
| Втрата апетиту               | 23 | 34,3 |
| Підвищена дратівливість      | 23 | 34,3 |
| Тремор                       | 21 | 31,3 |
| Біль у ділянці шлунку        | 21 | 31,3 |
| Порушення статевої функції   | 20 | 29,9 |
| Страх перед настанням вечора | 19 | 28,4 |
| Плаксивість                  | 17 | 25,4 |
| Запаморочення                | 14 | 20,9 |

При проведенні комплексної програми реабілітації з метою моніторингу за самопочуттям пацієнтів та реакцією на реалізовану програму важливими є не лише діагностика первинних скарг, а й аналіз їх взаємозв'язку. При дослідженні кореляційних зв'язків між скаргами за допомогою розрахунку коефіцієнта

рангової кореляції Спірмена були виявлені як позитивні, так і негативні взаємозв'язки різної сили.

Сильний позитивний взаємозв'язок був виявлений між порушеннями статевої функції та втратою апетиту. Значний прямий кореляційний зв'язок між такими скаргами, як зниження настрою та втрата апетиту; між порушеннями статевої функції та зниженням

настрою і страхом перед настанням вечора, запамороченням.

Позитивний кореляційний зв'язок середньої сили прослідковується між безсонням та апатією; між зміною маси тіла та апатією і безсонням; між тремором та апатією і зміною маси тіла; скаргами на біль у шлунку та тремором; між відчуттям страху перед настанням вечора та зниженням настрою і тремором; між плаксивістю та відчуттям болю в ділянці шлунку; між запамороченням та зміною маси тіла та плаксивістю.

Слабкий позитивний кореляційний зв'язок був виявлений між головним болем та апатією; між втратою апетиту та скаргами на головний біль, апатією, безсонням; між підвищеною дратівливістю та головним болем, апатією, зміною маси тіла; між тремором безсонням та підвищеною дратівливістю; між скаргами на біль у шлунку та безсонням, зміною маси тіла; між порушеннями статевої функції та головним болем; між відчуттям страху перед настанням вечора і апатією, втратою апетиту, підвищеною дратівливістю; між плаксивістю та зниженням настрою; між запамороченням та підвищеною дратівливістю, тремором, болями в ділянці шлунку.

Сильна негативна кореляція серед скарг у досліджуваній групі пацієнтів була між запамороченням та втратою апетиту.

Значний зворотний кореляційний зв'язок виявлений був між зміною маси тіла та зниженням настрою; між відчуттями болю в ділянці шлунку та головним болем; між порушеннями статевої функції та зміною маси тіла, відчуттями болю в ділянці шлунку; між плаксивістю та апатією.

Негативний кореляційний зв'язок середньої сили є між такими скаргами, як апатія та зниження настрою; між втратою апетиту і зміною маси тіла; між тремором та головним болем; між відчуттям болю в ділянці шлунку та втратою апетиту; між порушеннями статевої функції та тремором; між відчуттям страху перед настанням вечора та головним болем; між плаксивістю та головним болем, безсонням, зміною маси тіла, підвищеною дратівливістю, порушеннями статевої функції; між запамороченням та зниженням настрою, безсонням.

Слабкий негативний взаємозв'язок прослідковувався між зниженням настрою та головним болем; між підвищеною дратівливістю та зниженням настрою, безсонням, втратою апетиту; між тремором та втратою апетиту; між відчуттями болю в ділянці шлунку та підвищеною дратівливістю; між порушеннями

статевої функції та безсонням; між страхом перед настанням вечора та зміною маси тіла; між плаксивістю, втратою апетиту та відчуттям страху перед настанням вечора; між запамороченням та головним болем, апатією. Детально дані відображено на рисунку 1.

Такий поліморфізм скарг у досліджуваній нами групі пацієнтів з рекурентним депресивним розладом є підтвердженням роботи науковців, які стверджують, що найбільш важливою діагностичною ознакою психічного розладу є феномен «множинних соматичних симптомів». Було доведено, що при наявності у пацієнта одного, трьох, п'яти, восьми, дев'яти або більше різноманітних симптомів, імовірність депресивного розладу складає відповідно 2,12,23,44,60% [15].

Для більш об'єктивної оцінки скарг пацієнтів та скринінгу депресії ми використовували анкету PHQ-9. Згідно з отриманими даними у третини респондентів (34,4%) була легка депресивна симптоматика, у чверті опитаних (23,9%) – помірна депресивна симптоматика, у 10 пацієток (14,9%) – виражені депресивні розлади і у 13,4% осіб у досліджуваній групі була депресія важкого ступеня. Водночас згідно з відповідями у 9 осіб (13,4%) – відсутня депресія. Дані відображено в таблиці 2.

Згідно з отриманими даними щодо взаємозв'язку між ступенем депресивного стану за результатами анкети PHQ-9 та скаргами пацієнтів, ми з'ясували, що прямий кореляційний зв'язок значної сили є між зниженням настрою, головним болем, больовими відчуттями в ділянці шлунку, запамороченням та мінімальною депресією. Сильний позитивний кореляційний зв'язок прослідковується між плаксивістю та мінімальною депресією.

Легкий ступінь депресії, за результатами анкети PHQ-9, має негативний взаємозв'язок зі зміною маси тіла. Помірний ступінь депресивного розладу корелює значною силою з втратою апетиту.

Виразений депресивний розлад в значній мірі зворотно взаємопов'язаний із зниженням настрою. І водночас прослідковується позитивна кореляція середньої сили зі скаргами на головний біль та негативна – із зміною маси тіла.

Депресія важкого ступеня (20-27 балів за анкету PHQ-9) має сильний негативний взаємозв'язок з підвищеною дратівливістю та значний негативний взаємозв'язок з головним болем.

Детально дані відображено на рисунку 2 та в таблиці 3.

Таблиця 2

Розподіл пацієнтів щодо результатів анкетування за PHQ-9 (n=67)

| Бали за шкалою | Ступінь депресивного розладу    | n  | %    |
|----------------|---------------------------------|----|------|
| 0-4            | мінімальна депресія             | 9  | 13,4 |
| 5-9            | легка депресивна симптоматика   | 23 | 34,4 |
| 10-14          | помірна депресивна симптоматика | 16 | 23,9 |
| 15-19          | виражені депресивні розлади     | 10 | 14,9 |
| 20-27          | депресія важкого ступеня        | 9  | 13,4 |

| Скарги                       | Зниження настрою | Головний біль | Апатія | Безсоння | Зміна маси тіла | Втрата апетиту | Підвищена дратівливість | Тремор | Біль у ділянці шлунку | Порушення статевої функції | Страх перед настанням вечора | Плаксивість | Запаморочення |
|------------------------------|------------------|---------------|--------|----------|-----------------|----------------|-------------------------|--------|-----------------------|----------------------------|------------------------------|-------------|---------------|
| Головний біль                | -0,26            |               |        |          |                 |                |                         |        |                       |                            |                              |             |               |
| Апатія                       | -0,44            | 0,24          |        |          |                 |                |                         |        |                       |                            |                              |             |               |
| Безсоння                     | **               | **            | 0,36   |          |                 |                |                         |        |                       |                            |                              |             |               |
| Зміна маси тіла              | -0,53            | **            | 0,34   | 0,39     |                 |                |                         |        |                       |                            |                              |             |               |
| Втрата апетиту               | 0,52             | 0,26          | 0,11   | 0,19     | -0,45           |                |                         |        |                       |                            |                              |             |               |
| Підвищена дратівливість      | -0,18            | 0,21          | 0,21   | -0,16    | 0,13            | -0,11          |                         |        |                       |                            |                              |             |               |
| Тремор                       | **               | -0,39         | 0,39   | 0,22     | 0,46            | -0,26          | 0,25                    |        |                       |                            |                              |             |               |
| Біль у ділянці шлунку        | **               | -0,64         | **     | 0,24     | 0,18            | -0,44          | -0,21                   | 0,41   |                       |                            |                              |             |               |
| Порушення статевої функції   | 0,53             | 0,15          | **     | -0,12    | -0,65           | 0,72           | **                      | -0,35  | -0,62                 |                            |                              |             |               |
| Страх перед настанням вечора | 0,43             | -0,36         | 0,17   | **       | -0,15           | 0,18           | 0,19                    | 0,47   | **                    | 0,5                        |                              |             |               |
| Плаксивість                  | 0,23             | -0,31         | -0,5   | -0,45    | -0,3            | -0,26          | -0,36                   | **     | 0,42                  | -0,34                      | -0,23                        |             |               |
| Запаморочення                | -0,47            | -0,28         | -0,22  | -0,38    | 0,37            | -0,86          | 0,19                    | 0,25   | 0,27                  | 0,61                       | **                           | 0,31        |               |

Рис. 1. Кореляційні зв'язки між скаргами хворих на рекурентний депресивний розлад.

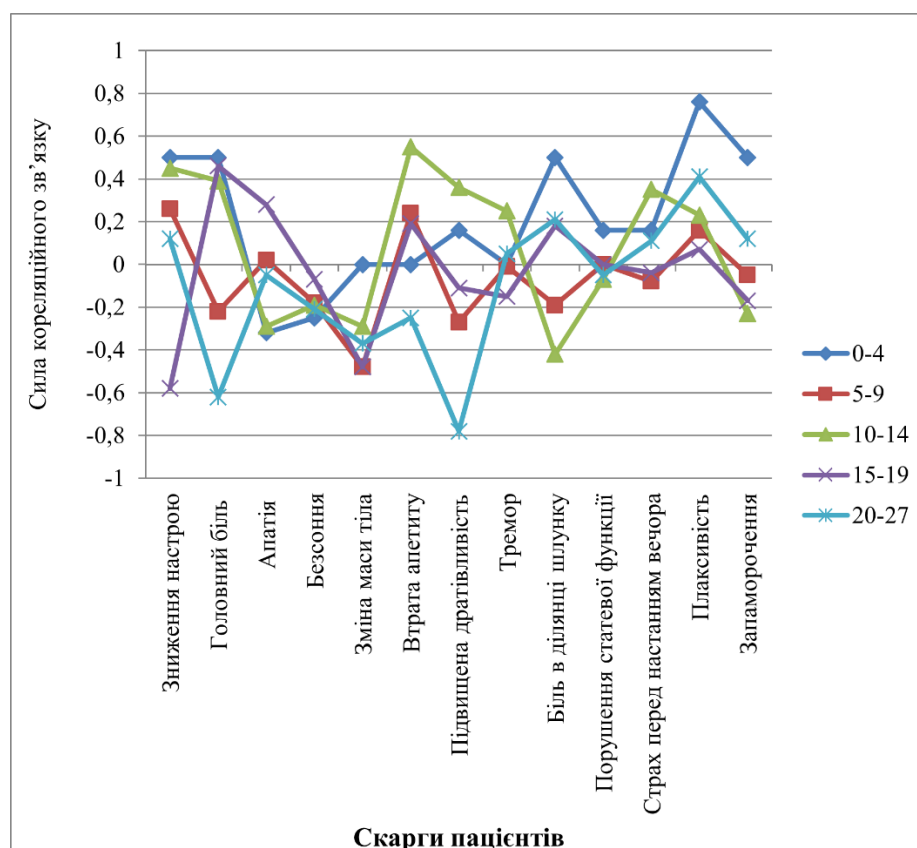


Рис. 2. Кореляційний зв'язок між скаргами та ступенем депресивного стану за результати анкети PHQ-9 (n=67).

Таблиця 3

## Кореляційний зв'язок між скаргами та ступенем депресивного стану за результатами анкети PHQ-9 (n=67)

| Скарги                       | Сума балів за результати анкети PHQ-9 |       |       |       |       |
|------------------------------|---------------------------------------|-------|-------|-------|-------|
|                              | 0-4                                   | 5-9   | 10-14 | 15-19 | 20-27 |
| Зниження настрою             | 0,5                                   | 0,26  | 0,45  | -0,58 | 0,12  |
| Головний біль                | 0,5                                   | -0,22 | 0,39  | 0,46  | -0,62 |
| Апатія                       | -0,32                                 | 0,02  | -0,29 | 0,28  | -0,05 |
| Безсоння                     | -0,25                                 | -0,18 | -0,19 | -0,07 | -0,21 |
| Зміна маси тіла              | **                                    | -0,48 | -0,29 | -0,48 | -0,37 |
| Втрата апетиту               | **                                    | 0,24  | 0,55  | 0,19  | -0,25 |
| Підвищена дратівливість      | 0,16                                  | -0,27 | 0,36  | -0,11 | -0,78 |
| Тремор                       | **                                    | -0,01 | 0,25  | -0,15 | 0,05  |
| Біль в ділянці шлунку        | 0,5                                   | -0,19 | -0,42 | 0,18  | 0,21  |
| Порушення статевої функції   | 0,16                                  | **    | -0,07 | **    | -0,05 |
| Страх перед настанням вечора | 0,16                                  | -0,08 | 0,35  | -0,04 | 0,11  |
| Плаксивість                  | 0,76                                  | 0,16  | 0,23  | 0,07  | 0,41  |
| Запаморочення                | 0,5                                   | -0,05 | -0,23 | -0,17 | 0,12  |

Таким чином, не прослідковується чіткої залежності між ступенем депресії за PHQ-9 та поліморфізмом симптомів у пацієнтів з рекурентним депресивним розладом.

**Висновки.** У практичній діяльності фізичного терапевта з пацієнтами з рекурентним депресивним розладом важливим аспектом є контроль за ефективністю реалізації програми фізичної терапії. З цією метою проводиться спостереження за пацієнтом та обов'язкове опитування про скарги та самопочуття. Отримані дані на початку роботи необхідно аналізувати та порівнювати з результатами інших методів дослідження, адже у пацієнтів з депресивними розладами частим є соматоформні розлади. Отримані результати свідчать, що найбільш частими скаргами є зниження настрою (85,1%), головний біль (47,8%), апатія та безсоння (38,8%). При визначенні взаємозв'язку між симптомами був виявлений сильний позитивний взаємозв'язок між порушеннями статевої функції та втратою апетиту і сильна негативна кореляція між запамороченням та втратою апетиту. При розрахунку взаємозалежності між ступенем депресивного розладу та наявними скаргами була виявлена певна кореляція, проте прямої залежності між вираженістю депресії та скаргами не виявлено. Отримані дані є підтвердженням того, що діагностика депресивних розладів, моніторинг за динамікою рівня депресії має базуватись не лише на оцінці скарг та зборі анамнезу, а й на даних додаткових методів дослідження.

**Перспективи подальших досліджень** ми вбачаємо у вивченні динаміки стану здоров'я пацієнтів з депресією у процесі реалізації програми фізичної терапії в рамках комплексної реабілітації.

**References:**

1. Maruta NO. Prynyspy likuvannya depresii ta novitni mozhlyvosti suchasnykh antydepresantiv. *Zdorovia Ukrainy*. 2021; 2:30-31.
2. Skrynin h ta diahnostryka depresii v umovakh pervynnoi lanky okhorony zdorovia. *Zdorovia Ukrainy*. 2019; 3:56-57.
3. Antoniuk T. Kliniko-farmakolohichni pidkhid do likuvannya depresii. *Neironews*. 2017; 1:1-5.
4. Andriichuk O, Ulianytska N, Yakobson O, Hreida N, Mastruk M. Vplyv fizychnoi terapii na yakist zhyttia patsientiv z komorbidnymy stanamy. *Art of Medicine*. 2021; 2:7-14.
5. Denefil OV, Boliukh OO, Riabokon SS, Kulianda OO. Spektralnyi analiz sertsevoho rytmu u molodykh liudei riznoi stati z rizznymy rivniamy nevrotichnosti, depressyvnosti ta emotsiinoi labilnosti. *Art of Medicine*. 2020; 1(13):75-80.
6. Munir S, Abbas M. Seasonal Depressive Disorder. *StatPearls Publishing*. [Internet]. 2022; March 26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33760504/>
7. Sekhon S, Gupta V. Mood Disorder. *StatPearls Publishing*. [Internet]. 2022; May 8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32644337/>
8. Slavich GM, Sacher J. Stress, sex hormones, inflammation, and major depressive disorder: Extending Social Signal Transduction Theory of Depression to account for sex differences in mood disorders. *Psychopharmacology*. 2019; 236(10):3063-3079.
9. Leightley D, Lavelle G, White KM, et al. Investigating the impact of COVID-19 lockdown on adults with a recent history of recurrent major depressive disorder: a multi-Centre study using remote measurement technology. *BMC Psychiatry*. 2021; 21(1):435.
10. Serediuk LV, Vakaliuk IP. Kliniko-psykhologichni kharakterystyky u patsientiv z postiinoiu formoiu fibryliatsii peredserd. *Art of Medicine*. 2020; 3(15):149-154.
11. *Psykhiatriia. Treninh dlia simeinoho likaria. Zdorovia Ukrainy*. 2021. P.21.
12. Depresiiia (lehkyi abo pomirnyi depresyvnyi epizody bez somatychnoho syndromu abo z somatychnym syndromom). *Adaptovana klinichna nastanova, zasnovana na dokazakh*. 2014. P.65.
13. Nakaz MOZ Ukrainy vid 25.12.2014 № 1003. Unifikovanyi klinichni protokoli medychnoi dopomohy «Depresiiia (lehkyi, pomirnyi, tiazhkyi depresyvnyi

- epizody, bez somatychnoho syndromu abo z somatychnym syndromom, rekurentnyi depresyivnyi rozlad, dystymiiia»
14. Nastanovy shchodo vedennia patsientiv iz depresiieiu v umovakh pervynnoi lanky okhorony zdorovia. Zdorovia Ukrainy. 2020; 3:50-52.
  15. Martsenkovskiy IA, Bikshaieva YaB. Depresiia u zahalno medychnii ta psykhiatrychnii praktysi: fokus na somatychnomu symptomokompleksi. Zdorovia Ukrainy. 2009; 11:26-28.

UDC 616.89-008.454

#### ANALYSIS OF THE SOMATIC COMPONENT OF DEPRESSION IN THE DEVELOPMENT OF A PHYSICAL THERAPY PROGRAM

O.Ya. Andriichuk<sup>1</sup>, L.Y. Sakharuk<sup>2</sup>

*Lesya Ukrainka Volyn National University,  
Department of Physical Therapy and Occupational  
Therapy, Lutsk, Ukraine,*

<sup>1</sup>ORCID ID: 0000-0003-4415-4696,

<sup>2</sup>ORCID ID: 0000-0002-7935-8982,

*e-mail: andrijchuk.olga@vnu.edu.ua*

**Abstract.** Depressive disorders occupy a leading position among mental disorders in Ukrainians. The work of a physical therapist with patients with recurrent depressive disorder has its characteristics, which arise in connection with the somatic component in the clinical picture.

The study aimed to analyze the polymorphism of complaints of patients with recurrent depressive disorder and to determine the correlation between them and the degree of the depressive disorder according to the results of the Patient Health Questionnaire - 9 (PHQ-9). The age of the patients was 45.37±12.01 years (min – 23 years; max – 69 years). The results showed that the most common complaints were: low mood (85.1%), headache (47.8%), apathy and insomnia (38.8%), changes in body weight (37.3%), loss of appetite and increased irritability (34.3%). The wide variety of complaints in the group of patients with recurrent depressive disorder is a confirmation of the work of scientists who claim that the most important diagnostic sign of a mental disorder is the phenomenon of "multiple somatic symptoms". This set of complaints required a more detailed study of their relationship. In fact,

the determination of the correlation relationship by calculating Spearman's rank correlation coefficient revealed positive and negative relationships of different strengths. According to our study, a strong positive relationship was identified between impaired sexual function and loss of appetite ( $r = 0.72$ ), a significant direct correlation was found between complaints such as decreased mood and loss of appetite ( $r = 0.52$ ); between impaired sexual function, low mood ( $r = 0.53$ ), fear of the evening ( $r = 0.5$ ) and dizziness ( $r = 0.61$ ).

A strong negative correlation was observed between dizziness and loss of appetite ( $r = - 0.86$ ). A significant inverse correlation was found between changes in body weight and low mood ( $r = - 0.53$ ); between sensations of pain in the stomach and headache ( $r = - 0.64$ ); between disorders of sexual function and changes in body weight ( $r = - 0.65$ ), sensations of pain in the stomach ( $r = - 0.62$ ); between tearfulness and apathy ( $r = - 0.5$ ). Actually, a relationship with weak strength was noted between other complaints.

While determining the degree of depressive disorder based on the results of the PHQ-9 survey, we found that a third of the respondents (34.4%) had a mild depressive disorder, a quarter (23.9%) had moderate depressive symptoms, and 14.9% of respondents had severe depressive disorders. When Although some correlation was found, no direct relationship was identified between the severity of depression and complaints during the calculation of the relationship between the degree of depressive disorder and existing complaints.

According to the results of the PHQ-9, mild depressive disorder has a negative relationship with the change in body weight. Moderate depressive disorder is strongly correlated with loss of appetite. Severe depression disorder has a strong negative relationship with increased irritability and a significant negative relationship with headache. Therefore, further studies with larger cohorts of patients are needed to better understand this aspect of depression.

To conclude, the data obtained would be important for physical therapists and other members of the multidisciplinary rehabilitation team, as the results indicated that patients with depression had multiple somatic symptoms that were not always associated with the health condition and the degree of depressive disorder.

**Keywords:** depression, complaints, physical therapy.

Стаття надійшла в редакцію 30.06.2022 р.

Стаття прийнята до друку 27.07.2022 р.