

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ПОСЛЕ ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СОСТОЯНИЙ И ТРАНЗИТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ АТАК

В.М. Загуровский

Актуальность. Острые нарушения коронарного и мозгового кровообращения занимают значительное место среди патологии сердечно-сосудистой системы. Сейчас есть возможности в экстренном порядке избавиться от их рокового влияния. Такие манипуляции, как аорто-коронарное шунтирование, стентирование, тромболитическая терапия, позволяют в некоторой степени навсегда решать проблему нарушения коронарного и мозгового кровообращения. Но как сами неотложные состояния, так и их лечение оставляют следы на психической сфере больного, вызывая психические нарушения. Влияние оказывают как реальные, так и надуманные дальнейшие угрозы для больного, развитие различных ограничений в сферах жизни. В дальнейшем достаточно часто возникают грозные рецидивы и осложнения, связанные с нарушениями коронарного и мозгового кровообращения.

Цель исследования. Данное исследование направлено на изучение характеристик воздействия стрессового состояния перенесённых острых нарушений коронарного и мозгового кровообращения на дальнейшее состояние психической сферы больных.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие: а) 168 больных ишемической болезнью сердца в возрасте 55–65 лет, из которых 64 перенесли экстренно проведенное по поводу окклюзии коронарной артерии АКШ, 54 – стентирование коронарных артерий по тому же поводу, 50 – тромболитическую терапию; группу сравнения составили 56 больных с неосложнённой формой ИБС; б) 114 больных ГБ II – III ст. в возрасте 55–65 лет, из которых 59 перенесли ТИА с госпитализацией. Больные ГБ без осложнения в количестве 55 человек составили группу сравнения. Исследование проведено в амбулаторных условиях через 30–45 дней после выписки из больницы. Для обследования применяли клинико-психопатологическое исследование, психодиагностическое с использованием методик: шкала Спилбергера – Ханина для определения личностной и ситуативной тревожности, тест «Диагностика копинг-стратегий Хайма», опросник качества жизни Всемирной организации здравоохранения («WHOQOL – 100»). Результаты обрабатывались статистическими методами с вычислением степени достоверности.

Результаты исследования. После перенесённых острых нарушений коронарного и мозгового

кровообращения и проведения терапии с применением аорто-коронарного шунтирования, стентирования и тромболитической терапии больные находились в состоянии психического стресса, что подтверждалось высокими уровнями реактивной и личностной тревожности. Это обусловлено как острой психической травмой при развитии острых нарушений коронарного и мозгового кровообращения, так и самого процесса терапии. Кроме того, у них выявляются проявления хронического стрессового состояния. Это обусловлено наличием угроз повторных острых нарушений кровообращения и осложнений. Наиболее выраженные стрессовые состояния обнаружены при проведении тромболитической терапии. После терапии острых нарушений коронарного и мозгового кровообращения у пациентов установлено наличие явлений дезадаптации, наиболее выраженных после проведенной тромболитической терапии. Это обусловлено наличием стрессового состояния, необходимостью отказа от привычных копинг-стратегий и освоение новых (адаптивных, компенсаторных) стратегий. Главными факторами развития явлений дезадаптации выступают состояния фрустрации, которые становятся основой для хронического стрессового состояния. Наличие стрессового состояния и явления дезадаптации значительно ухудшают качество жизни после терапии острых нарушений коронарного и мозгового кровообращения и меняют значимость для личности исследуемых сфер жизни. Наличие психических изменений после терапии свидетельствует о необходимости проведения психокоррекции. Приведена ориентировочная необходимая схема психокоррекции с учетом индивидуальных личностных характеристик и проявлений, которая позволяет значительно нивелировать психические изменения.

Дальнейшие исследования должны быть направлены на изучение способов психологической защиты и индивидуализацию методов психокоррекции психического состояния после терапии острых нарушений коронарного и мозгового кровообращения.

Ключевые слова: острое нарушение коронарного кровообращения, острое нарушение мозгового кровообращения, реперфузия, психические изменения, стресс, дезадаптация, качество жизни, психокоррекция.

Прийнято до друку 22.01.2020 р.

ОБГРУНТУВАННЯ, ЗМІСТ І ЕФЕКТИВНІСТЬ СИСТЕМИ ПЕРСОНІФІКОВАНОЇ ПСИХОДІАГНОСТИКИ І РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК З ПСИХОСОЦІАЛЬНОЮ ДЕЗАДАПТАЦІЄЮ ТА ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Українська медична стоматологічна академія МОЗ України м. Полтава

Спираючись на результати клініко-психопатологічного, психометричного і психодіагностичного обстеження 252 жінок з депресивними розладами (94 особи з психогенною, 83 жінки з ендогенною і 75 пацієнток з органічною депресією), з яких 48 жінок не мали ознак психосоціальної дезадаптації, а у інших 204 встановлені прояви макро-, мезо- і мікросоціальної дезадаптації різної вираженості, обгрунтовано й розроблено систему персоналізованої психодіагностики і реабілітації жінок з психосоціальною дезадаптацією та депресивними розладами. Зазначена система об'єднана спадкоємністю, етіопатогенетичною орієнтованістю і комплексністю заходів, є індивідуально орієнтованою, і у максимальному ступені враховує особливості психосоціальної дезадаптації жінок з ознаками депресивних розладів у різних сферах. Система складається з двох етапів – психодіагностичного і психокорекційного, кожен з яких структурується на діагностичні і корекційні заходи в залежності від сфери, в якій виявлено психосоціальну дезадаптацію, та від ступеню дезадаптації у кожній зі сфер. Структура етапів стандартизована, що робить запропоновану систему придатною до використання на первинному етапі надання медичної допомоги, а зміст заходів індивідуалізований, що забезпечує максимальну адресність і дієвість психокорекційних заходів.

Ключові слова: депресивні розлади, психосоціальна дезадаптація, макросоціальна дезадаптація, мезосоціальна дезадаптація, мікросоціальна дезадаптація, жінки, психодіагностика, психокорекція

Вступ. 21 сторіччя – епоха надмірних стресових перевантажень, особливо що стосується психогенних психосоціальних чинників. Внаслідок цього факту, поширеність психічних розладів афективного реєстру є високою та демонструє тенденцію до постійного зростання: за даними епідеміологічної програми Національного інституту психічного здоров'я США, рівень захворювань на афективні розлади складає в популяції 22,9% [1]. Звісно, переважна частка з них акумулюється за рахунок саме депресивних розладів: за даними ВООЗ, депресією страждають близько 300 мільйонів людей в усьому світі. В Україні депресія є найбільш поширеною проблемою серед психічних розладів: українці страждають депресією значно частіше, ніж жителі країн Європейського Союзу [2].

Мета роботи – розробити й визначити ефективність системи персоналізованої психодіагностики і реабілітації жінок з психосоціальною дезадаптацією та депресивними розладами.

Контингент і методи дослідження. На базі Полтавського обласного психоневрологічного диспансеру й Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні імені О. Ф. Мальцева обстежено 252 жінки, хворих на депресію. Згідно з дизайном роботи, у дослідження були включені

94 жінки з депресивним розладом психогенного генезу (F43.21), 83 жінки з ендогенною депресією (F32.0, F32.1, F32.2, F32.3; F33.0, F33.1, F33.2, F33.3; F31.3, F31.4, F31.5) та 75 жінок із депресивним розладом органічного генезу (F06.3).

З метою ідентифікації та виміру вираженості психосоціальної дезадаптації (ПД) та інтенсивності впливу дезадаптивних чинників макро-, мезо- і мікросоціального рівнів, нами була розроблена оригінальна шкала, яка була апробована нами і довела свою валідність й ефективність [3]. Кожна сфера оцінювалася 10 питаннями. Мінімальна можлива оцінка за кожною сферою – 10 балів (максимальна адаптація), максимальна – 50 балів (максимальна дезадаптація). Обстежені жінки за результатами оцінки ступеня ПД з використанням розробленої нами шкали були поділені на дві групи. До першої групи увійшли 48 жінок, у яких показник ПД не перевищував 19 балів, що відповідало відсутності ознак дезадаптації. До другої групи увійшли 204 жінки, у яких принаймні за однією зі шкал були виявлені показники понад 20 балів, що відповідає ознакам дезадаптації. При цьому показник за шкалою в межах 20–29 балів розцінювали як ознаки ПД легкого ступеня, показник у межах 30–39 балів – як ознаки дезадаптації помірного ступеня, показник у 40 і більше балів

– дезадаптації вираженого ступеня. З урахуванням поєднання генезу депресії та ступеня ПД, було виділено 12 груп: 19 пацієнок з психогенною депресією та відсутністю ознак ПД, 15 жінок з ендогенною депресією та відсутністю ознак ПД, 14 жінок з органічною депресією та відсутністю ПД, 50 жінок з психогенною депресією та ПД легкого ступеня, 14 жінок з ендогенною депресією та ПД легкого ступеня, 9 жінок з органічною депресією та ПД легкого ступеня, 16 жінок з психогенною депресією та ПД помірного ступеня, 37 жінок з ендогенною депресією та ПД помірного ступеня, 18 жінок з органічною депресією та ПД помірного ступеня, 9 жінок з психогенною депресією та ПД важкого ступеня, 17 жінок з ендогенною депресією та ПД важкого ступеня, 34 жінки з органічною депресією та ПД важкого ступеня [4].

Результати та їх обговорення. Нами запропонована комплексна система персоніфікованої психодіагностики і реабілітації жінок з ПД, хворих на депресивні розлади, об'єднана спадкоємністю, етіопатогенетичною орієнтованістю і комплексністю оцінки і корекційних заходів. При цьому дана система є індивідуально орієнтованою, і у максимальному ступені враховує особливості ПД жінок з ознаками депресивних розладів у різних сферах.

Запропонована система складається з двох етапів – психодіагностичного і психокорекційного, кожен з яких структурується на діагностичні і корекційні заходи в залежності від сфери, в якій виявлено ПД, та від ступеню дезадаптації у кожній зі сфер.

Структура етапів стандартизована, що робить запропоновану систему придатною до використання на первинному етапі надання медичної допомоги, а зміст заходів індивідуалізований, що забезпечує максимальну адресність і дієвість психокорекційних заходів.

На першому (психодіагностичному) етапі провадиться оцінка стану ПД і визначається ступінь дезадаптації за кожною сферою і субсферою окремо:

- Сфера макросоціальної дезадаптації включає субсфери соціально-економічної та соціально-інформаційної дезадаптації.
- Сфера мезосоціальної дезадаптації включає субсфери соціально-професійної та соціально-міжособистісної дезадаптації.
- Сфера мікросоціальної дезадаптації включає субсфери сімейної дезадаптації і материнської дисфункції.

Нами розроблені діагностичні стандарти для кожної з субсфер. Додатковою перевагою системи є уніфікована шкала рівнів для всіх субсфер, що суттєво спрощує використання системи на первинному етапі медичної допомоги і зменшує

ймовірність помилок при інтерпретації показників. Так, для всіх субсфер встановлено наступні градації ознак дезадаптації:

- відсутність ознак дезадаптації: до 20 балів;
- ознаки легкої дезадаптації: 20–29 балів;
- ознаки помірної дезадаптації: 30–39 балів;
- ознаки важкої дезадаптації: 40 і більше балів.

Група дезадаптації за сферою визначається за найвищою групою серед субсфер, що входять до даної сфери.

На другому етапі визначається комплекс психокорекційних заходів, зумовлений станом ПД у кожній з субсфер. Нами запропонований наступний перелік заходів для кожного з рівнів дезадаптації у наступних субсферах:

При виявленні макросоціальної дезадаптації легкого рівня у субсфері соціально-економічної дезадаптації проводяться:

- а) заходи з психоосвіти;
- б) навчання основам раціонального фінансового планування і оптимізації витрат;
- в) заходи з соціальної підтримки і допомоги.

2. При виявленні макросоціальної дезадаптації помірного рівня у субсфері соціально-економічної дезадаптації проводяться заходи, рекомендовані при легкому рівні, а також додатково:

- а) заняття в групах психологічної підтримки;
- б) індивідуальне консультування і психологічна допомога.

3. При виявленні макросоціальної дезадаптації важкого рівня у субсфері соціально-економічної дезадаптації проводяться заходи, рекомендовані при легкому і помірному рівнях, а також додатково:

- а) групова психотерапія (когнітивно-поведінкова);
- б) індивідуальна психотерапія (когнітивно-поведінкова).

4. При виявленні макросоціальної дезадаптації легкого рівня у субсфері соціально-інформаційної дезадаптації проводяться:

- а) заходи з психоосвіти;
- б) навчання заходам «інформаційної гігієни»;
- в) опанування навичками критичного мислення.

5. При виявленні макросоціальної дезадаптації помірного рівня у субсфері соціально-інформаційної дезадаптації проводяться заходи, рекомендовані при легкому рівні, а також додатково:

- а) заходи зі зменшення стресового інформаційного навантаження (нами рекомендовано застосовувати шестиступінчасту схему психологічної корекції, запропоновану А.Р. Марковим (2019) [5]);
- б) групові заняття, спрямовані на навчання критичному мисленню і формуванню стійкості до негативних інформаційних впливів.

6. При виявленні макросоціальної дезадаптації важкого рівня у субсфері соціально-інформаційної дезадаптації проводяться заходи, рекомендовані при легкому і помірному рівнях, а також додатково:

- а) групова психотерапія (когнітивно-поведінкова);
- б) індивідуальна психотерапія (когнітивно-поведінкова).

7. При виявленні мезосоціальної дезадаптації легкого рівня у субсфері соціально-професійної дезадаптації проводяться:

- а) заходи з психоосвіти;
- б) консультування з питань професійної орієнтації та професійного навчання;
- в) психологічне консультування щодо встановлення гармонійних психологічних відносин у трудовому колективі.

8. При виявленні мезосоціальної дезадаптації помірного рівня у субсфері соціально-професійної дезадаптації проводяться заходи, рекомендовані при легкому рівні, а також додатково:

- а) заходи з професійної реабілітації, навчання і перенавчання;
- б) групові заняття, спрямовані на навчання комунікації та формуванню здорових відносин у професійному середовищі.

9. При виявленні мезосоціальної дезадаптації важкого рівня у субсфері соціально-професійної дезадаптації проводяться заходи, рекомендовані при легкому і помірному рівнях, а також додатково:

- а) групова психотерапія (когнітивно-поведінкова);
- б) індивідуальна психотерапія (когнітивно-поведінкова).

10. При виявленні мезосоціальної дезадаптації легкого рівня у субсфері соціально-міжособистісної дезадаптації проводяться:

- а) заходи з психоосвіти;
- б) психологічне консультування з питань міжособистісної взаємодії;
- в) навчання навичкам міжособистісної комунікації.

11. При виявленні мезосоціальної дезадаптації помірного рівня у субсфері соціально-міжособистісної дезадаптації проводяться заходи, рекомендовані при легкому рівні, а також додатково:

- а) групова психокорекція і психотерапія, спрямована на подолання проблем у комунікації;
- б) заходи з психосоціальної адаптації та реабілітації.

12. При виявленні мезосоціальної дезадаптації важкого рівня у субсфері соціально-міжособистісної дезадаптації проводяться заходи,

рекомендовані при легкому і помірному рівнях, а також додатково:

- а) групова психотерапія (когнітивно-поведінкова);
- б) індивідуальна психотерапія (когнітивно-поведінкова).

13. При виявленні мікросоціальної дезадаптації легкого рівня у субсфері сімейної дезадаптації проводяться:

- а) заходи з психоосвіти;
- б) сімейне психологічне консультування;
- в) сімейна психотерапія, спрямована на гармонізацію сімейних відносин.

14. При виявленні мікросоціальної дезадаптації помірного рівня у субсфері сімейної дезадаптації проводяться заходи, рекомендовані при легкому рівні, а також додатково:

- а) сімейна психотерапія, спрямована на усунення внутрішньосімейних конфліктів і формування адекватних сімейних відносин;
- б) групова психотерапія, спрямована на навчання ефективній комунікації в сімейному середовищі.

15. При виявленні мікросоціальної дезадаптації важкого рівня у субсфері сімейної дезадаптації проводяться заходи, рекомендовані при легкому і помірному рівнях, а також додатково:

- а) групова психотерапія (когнітивно-поведінкова);
- б) індивідуальна психотерапія (когнітивно-поведінкова).

16. При виявленні мікросоціальної дезадаптації легкого рівня у субсфері материнської дисфункції проводяться:

- а) заходи з психоосвіти;
- б) заходи з нормалізації подружньої взаємодії;
- в) психокорекційні заходи, спрямовані на відновлення нормального психологічного статусу дитини.

17. При виявленні мікросоціальної дезадаптації помірного рівня у субсфері материнської дисфункції проводяться заходи, рекомендовані при легкому рівні, а також додатково:

- а) сімейна психотерапія для відновлення подружньої взаємодії і усунення конфліктів;
- б) психотерапевтична робота з дитиною для усунення негативних наслідків материнської дисфункції.

18. При виявленні мікросоціальної дезадаптації важкого рівня у субсфері материнської дисфункції проводяться заходи, рекомендовані при легкому і помірному рівнях, а також додатково:

- а) групова психотерапія (когнітивно-поведінкова);

б) індивідуальна психотерапія (когнітивно-поведінкова).

При розробці комплексної системи нами також враховувався генез депресивного розладу.

При депресивному розладі психогенного характеру заходи з психотерапевтичного і психокорекційного втручання розпочиналися одразу після психодіагностичного етапу. При цьому враховувався характер психотравми (втрата, сімейний або виробничий конфлікт, фінансові проблеми тощо). При виявленні психогенного характеру депресивного розладу під час клінічної бесіди визначалися актуальні стресори, їх поточний вплив на психічний стан пацієнта, можливості дезактуалізації, коло осіб, які можуть сприяти пацієнту в усуненні негативного впливу психотравмуючих факторів. З пацієнтом та його найближчим оточенням обговорювалися необхідні зміни у життєвому укладі, спілкуванні, зміні обстановки, які можуть сприяти дезактуалізації психотравмуючої ситуації. Після визначення характеру ПД за запропонованою нами схемою проводилося співставлення отриманих даних з інформацією про перенесену психотравму, і комплекс заходів з макро- мезо- та мікросоціальної адаптації, обов'язково враховував ці патогенетичні співвідношення. При цьому в разі необхідності проводилася медикаментозна терапія, яка включала прийом мелітору в добовій дозі 25 мг або міртазапіну в добовій дозі 30 мг.

При ендогенному характері депресивного розладу на першому етапі проводилася антидепресивна терапія для досягнення клінічного покращення і створення передумов для ефективного психотерапевтичного і психокорекційного втручання. При визначенні змісту та обсягу антидепресивної терапії нами враховувалася важкість депресивного розладу, особливості клінічної феноменології (переважання вітальної, тривожної чи апатичної симптоматики, наявність безсоння тощо), особливості суїцидальної активності, лікувальний анамнез (ефективність або неефективність тих чи інших препаратів в минулому, наявність і вираженість побічних ефектів), наявність коморбідної і супутньої патології, комбінації антидепресантів з іншими психотропними та непсихотропними препаратами у конкретного пацієнта. Базова комбінація препаратів включала антидепресант з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (наприклад, флуоксетин у добовій дозі 20 мг з атипичним нейрелептиком (рисперидон у добовій дозі 2 мг). Позитивні результати були також отримані при призначенні кветіапіну у добовій дозі 200 мг. Після досягнення стійкого клінічного результату у вигляді

зменшення інтенсивності депресивних переживань, покращення настрою, появи критики до ідей самозвинувачення та самоприниження, до комплексу лікувально-реабілітаційних заходів додавалася психокорекція за запропонованою схемою. При цьому враховувався ефект антидепресивної медикаментозної терапії; заходи з психотерапії та психокорекції у цій групі хворих реалізувалися поступово, синхронно з проявами антидепресивного ефекту препаратів і нівелюванням депресивної симптоматики, що дозволяло досягти максимального ефекту комплексної терапії.

При органічному характері депресивного розладу проводилося лікування основного захворювання, а також призначалася медикаментозна антидепресивна терапія, яка включала прийом антидепресанта з групи СИЗС (флуоксетин у добовій дозі 20 мг). Психотерапевтичні і психокорекційні заходи узгоджувалися з ефектом антидепресивної терапії, і враховували вплив основної патології та її наслідків (когнітивних порушень, розладів мислення, пам'яті тощо). Під час лікувально-реабілітаційних заходів здійснювався моніторинг динаміки депресивного розладу та основного захворювання, що спричинило депресію, а також корекція психотерапевтичних заходів та заходів з психосоціальної реабілітації відповідно до цієї динаміки.

Узагальнена схема комплексної системи діагностики і психокорекції ПД у жінок, хворих на депресивні розлади, представлена на рис. 1.

Описана вище диференціація лікувально-психокорекційних заходів базувалася на загальних принципах етіології і патогенезу депресивних розладів, а також на принципі індивідуалізації і послідовності терапевтичних і реабілітаційних заходів.

На діагностичному етапі особлива увага приділялася встановленню продуктивного психологічного контакту з пацієнткою, формуванню комплаєнтних відносин і готовності до терапії і терапевтичного співробітництва з лікарем.

При психогенному характері корекційні заходи були спрямовані насамперед на дезактуалізацію стресора, зменшення його інтенсивності і реакції на нього пацієнтки. Важливим було усвідомлення пацієнткою причинно-наслідкових зв'язків між дією стресора і її поточним станом, акцентуванні уваги хворої на усвідомленні невротичного конфлікту, невирішених психологічних проблем, неефективності тих засобів подолання стресової ситуації, які використовує хвора, і необхідності опанування нових форм і методів психокорекції і психотерапії.

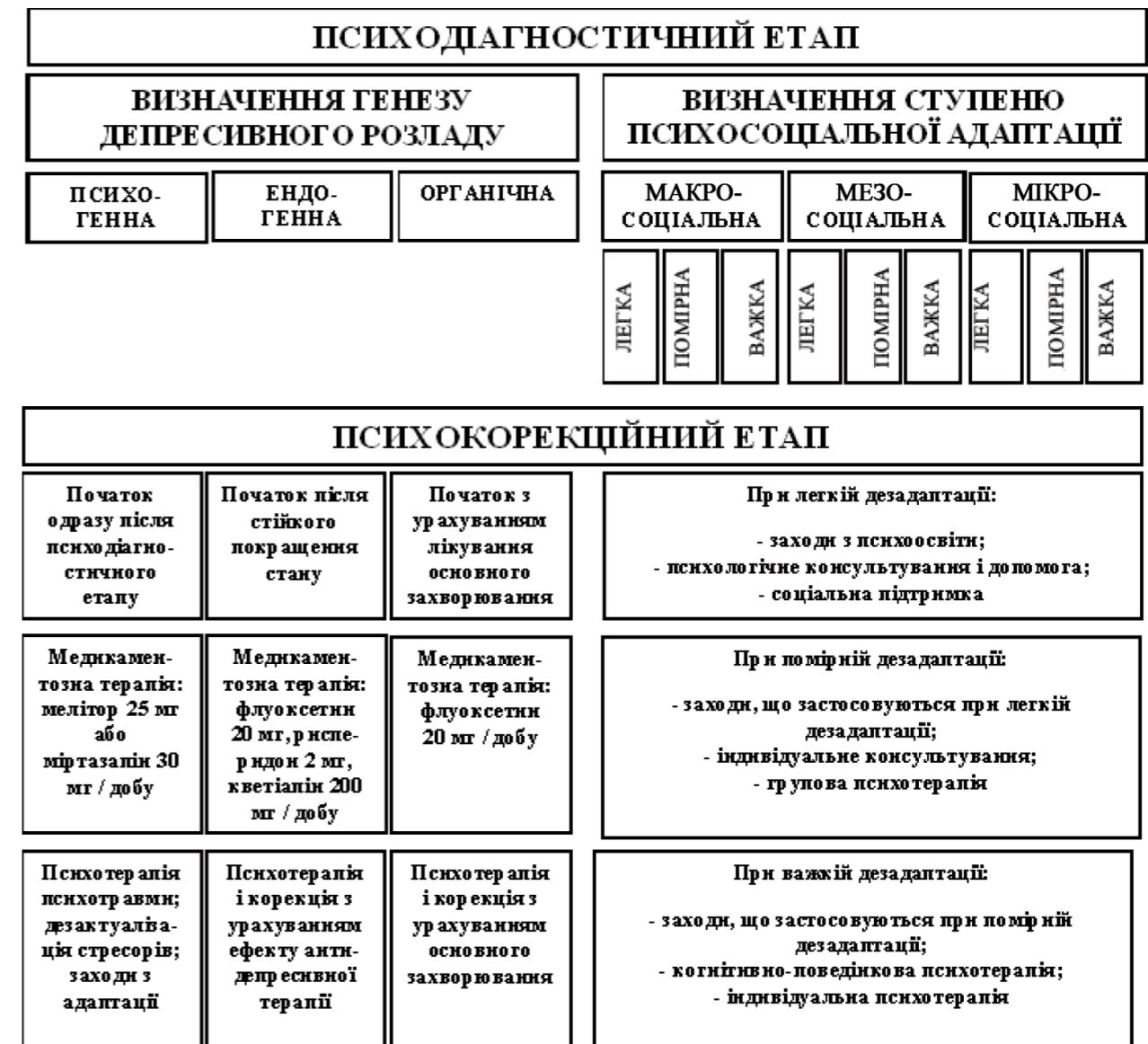


Рис. 1. Узагальнена схема комплексної системи діагностики і психокорекції ПД у жінок, хворих на депресивні розлади

Оптимальною формою психокорекційної і психотерапевтичної взаємодії при психогенних депресивних розладах є партнерство, зацікавленість лікаря у проблемах пацієнтки, готовність і здатність помічати і розуміти психологічні реакції пацієнтки на психотравмуючу ситуацію. При цьому лікар послідовно формує у відносинах модель лікаря-порадника, досвідченого, уважного, але не імперативного, не нав'язливого, готового слухати і чути пацієнтку. Встановлення комплаєнтних відносин дозволяє одразу перейти до активного психотерапевтичного та психокорекційного втручання і суттєво збільшити його ефективність.

Окрім аналізу даних психодіагностичного обстеження, важливим є врахування скарг хворої, допомога їй у розумінні себе, причин і механізмів

патологічних змін, що відбуваються в її психіці, доведенні необхідності активного лікування та реабілітації хворої.

При психогенному характері депресивного розладу психотерапевтичні і психокорекційні заходи можуть, з урахуванням актуального стану пацієнтки, проводитися як на стаціонарному, так і на амбулаторному рівнях.

При легкому рівні ПД у пацієнок з психогенним характером достатніми зазвичай є заходи з психологічного консультування, соціалізації та соціальної допомоги, а також з психоосвіти, яка складає основу психокорекційних заходів при легкій дезадаптації.

При помірній ПД хворі потребують більш інтенсивного і тривалого втручання. Психокорекційні

та психотерапевтичні заходи при цьому рівні дезадаптації включають всі заходи, що застосовуються при легкій дезадаптації, а також індивідуальне консультування і групову психотерапію. Групи для психотерапії формуються з урахуванням змісту психотравмуючої ситуації, віку, соціального стану пацієнтки і покликані створювати терапевтичну, невимущену атмосферу під час групової психотерапії, збільшуючи її ефективність. Нами рекомендовано проводити групові заняття у невеликих (до 10 осіб) групах, що дозволяє створити більш невимущену атмосферу, досягти більшої відвертості при обговоренні проблем, що сприяє більшій довірі і кращому ефекту лікування. З тих же міркувань ми не радимо змінювати склад терапевтичних груп в процесі терапії. Індивідуальне консультування при цьому рівні дезадаптації і психогенному характері депресії спрямоване насамперед на виявлення актуальних стресорів, які створюють підґрунтя для депресії.

При важкому рівні дезадаптації у пацієнток з психогенним характером депресії застосовувалися усі заходи, які рекомендовані для помірного рівня, а також індивідуальна і групова КПТ. Основним завданням при цьому є максимально повне усвідомлення пацієнтом неконструктивних ментальних патернів і деструктивних форм поведінки та їх подальша дезактуалізація з заміною на конструктивні.

При депресії ендогенного характеру психотерапевтичні заходи спрямовані на посилення і підкріплення ефекту антидепресивної терапії. При цьому враховується як важкість депресії, так і стан ПД.

При депресії ендогенного характеру, що супроводжується ПД легкого ступеня, психотерапевтичні і психокорекційні заходи починаються одразу після прояву лікувального ефекту антидепресивної терапії. Зміст заходів включає психоосвітню роботу, спрямовану на формування у пацієнтки адекватного ставлення до свого стану і захворювання, розуміння на доступному їй рівні причин і патогенетичних механізмів ендогенного депресивного розладу, його зв'язків з іншими порушеннями психічного і соматичного гомеостазу.

При помірному рівні ПД корекційні заходи починаються після прояву відсутнього ефекту антидепресивної терапії, і включають зміст заходів, що застосовуються на легкому рівні, до яких додаються індивідуальне психологічне консультування і психотерапевтична робота в групах. Групи слід формувати з пацієнток приблизно однакового віку, соціального стану та важкості депресивного розладу, щоб запобігти негативному індукуванню. При індивідуальній роботі з пацієнткою слід

звертати увагу на розуміння нею причин і механізмів ендогенного депресивного розладу, нівелюванню комплексу провини, пов'язаного із захворюванням і формуванням раціональної поведінки по відношенню до захворювання, зокрема, раннього виявлення ознак загострення і звернення за психіатричною допомогою. Важливу роль відіграє також сімейна терапія, завданням якої є забезпечити як оптимальне сімейне функціонування пацієнтки, так і створення у сім'ї ефективного терапевтичного середовища для неї.

При важкому рівні ПД у хворих на ендогенні депресивні розлади основні психотерапевтичні і психокорекційні заходи розпочинаються після стабілізації стану пацієнтки, досягнення стійкої позитивної динаміки змін у афективній сфері, появи критики до хворобливого стану. Основу заходів при цьому рівні дезадаптації становить КПТ. Заходи з КПТ спрямовані на корекцію дисфункціональних думок і неконструктивних моделей поведінки, пов'язаних з депресивним станом. Враховуючи високий рівень суїцидального ризику при важких депресіях, особлива увага повинна бути приділена профілактиці суїцидальних дій.

При органічному генезі депресивного розладу і легкій ПД заходи з психотерапії та психокорекції плануються індивідуально з урахуванням основного захворювання. При збереженій здатності хворої розуміти зміст психотерапевтичних і психокорекційних заходів і виконувати їх, психотерапія і психокорекція можуть починатися у ранні терміни, починаючи з моменту встановлення діагнозу і визначення ступеня ПД. При плануванні і проведенні корекційних заходів враховують динаміку основного захворювання, відклик на терапію, ефективність лікування і перспективи одужання.

При ПД помірного рівня у хворих на депресивні розлади органічного генезу індивідуальне консультування і психологічна допомога спрямовані на адаптацію пацієнтки до психологічних наслідків інвалідізуючої патології і на корекцію зворотних психопатологічних проявів. Групова терапія проводиться у невеликих (3–5 пацієнток) групах з урахуванням важкості контактів для цієї категорії хворих. Сімейна терапія спрямована на відновлення нормального сімейного функціонування і формування комфортного середовища для пацієнтки. Заходи з ресоціалізації визначаються станом психоемоційної сфери і динамікою основного захворювання.

При важкій ПД у хворих на депресивні розлади органічного генезу психотерапевтичні і психокорекційні заходи націлені на зменшення соціальної ізоляції, покращення психічного стану, якомога

більш повне відновлення соціального функціонування хворих. До психокорекційних заходів у цих пацієнток слід обов'язково залучати найближче мікросоціальне оточення, насамперед, членів сім'ї хворої.

При оцінці ефективності лікування враховується не лише зменшення або зникнення патологічної афективної симптоматики, а й стан відновлення психосоціальної адаптації в макросоціальній, мезосоціалній та мікросоціалній сферах.

Клінічний приклад 1. Пацієнтка М., 29 років. Депресивний розлад психогенного походження помірного ступеня (показник за шкалою депресії М. Гамільтона 19 балів).

Показник макросоціальної дезадаптації у субсфері соціально-економічної дезадаптації склав 23 бали, що відповідає легкому рівню.

Показник мезосоціальної дезадаптації у субсфері соціально-інформаційної дезадаптації склав 26 балів, що відповідає легкому рівню.

Показник мезосоціальної дезадаптації у субсфері соціально-професійної дезадаптації склав 24 бали, що відповідає легкому рівню.

Показник мезосоціальної дезадаптації у субсфері соціально-міжособистісної дезадаптації склав 27 балів, що відповідає легкому рівню.

Показник мікросоціальної дезадаптації у субсфері сімейної дезадаптації склав 44 бали, що відповідає важкому рівню.

Показник мікросоціальної дезадаптації у субсфері материнської дисфункції склав 31 бал, що відповідає помірному рівню.

Відповідно до розроблених рекомендацій, комплексне лікування було розпочато одразу після обстеження і встановлення діагнозу депресивного розладу.

Медикаментозна терапія складалася з призначення мелітору у добовій дозі 25 мг.

Під час клінічної бесіди було виявлено, що депресивний розлад виник на ґрунті сімейних проблем. Виходячи з цього, при психотерапевтичній і психокорекційній роботі основний акцент був зроблений на дезактуалізації психотравмуючої ситуації, відновленні нормального сімейного функціонування, попередження психотравмування в подальшому.

Заходи з психокорекції включали:

Для корекції макросоціальної дезадаптації у субсфері соціально-економічної дезадаптації була проведена психоосвітня бесіда, що включала обговорення проблем, які виникають у пацієнтці у соціально-економічній сфері, шляхів їх вирішення, а також відповіді на запитання пацієнтки; заняття з основ раціонального фінансового планування і оптимізації витрат, на якому пацієнтці були

дані практичні рекомендації щодо практичного планування витрат, раціональної економії пошуку додаткових можливостей заробітку тощо; а також надано консультацію з оформлення разової матеріальної допомоги за місцем роботи.

Для корекції макросоціальної дезадаптації у субсфері соціально-інформаційної дезадаптації була проведена психоосвітня бесіда, яка охоплювала актуальні питання сучасного інформаційного впливу та засобів протидії недостовірній та психотравмуючій інформації; навчання заходам «інформаційної гігієни», що передбачало навчання вирізняти правдиву інформацію від неправдивої, виявляти маніпулятивні види інформації, протидіяти надмірному емоційному реагуванню на негативні новини; тренінг навичок критичного мислення.

Для корекції мезосоціальної дезадаптації у субсфері соціально-професійної дезадаптації була проведена психоосвітня бесіда, яка включала аналіз професійних відносин, мікроклімату в колективі, з'ясування причин виробничих конфліктів, та шляхів їх усунення; консультування з питань професійного розвитку; психологічне консультування з метою конфліктологічного аналізу та розв'язання наявних у колективі проблем і труднощів у спілкуванні.

Для корекції мезосоціальної дезадаптації у субсфері соціально-міжособистісної дезадаптації була проведена психоосвітня бесіда, що включала аналіз міжособистісної взаємодії, особливостей налагодження та підтримання міжособистісних контактів, можливих конфліктних ситуацій та шляхів їх розв'язання; психологічне консультування з питань міжособистісної взаємодії, спрямоване на найбільш проблемні для даної пацієнтки сфери міжособистісного спілкування; навчання навичкам міжособистісної комунікації.

Для корекції мікросоціальної дезадаптації у субсфері сімейної дезадаптації був проведений комплекс заходів, що включав цикл психоосвітніх бесід (3 бесіди), під час якого обговорювалися наявні у пацієнтки проблеми у сімейній сфері, причини і механізми наявних проблем, шляхів їх корекції і профілактики, рекомендований лікувально-психологічний режим, формування позитивної установки на лікування та взаємодію з лікарем; сімейне психологічне консультування, спрямоване на встановлення причин сімейних конфліктів, їх причин і психологічних механізмів; сімейна психотерапія, спрямована на гармонізацію сімейних відносин. Додатково проводилися сеанси сімейної психотерапії, спрямованої на усунення внутрішньосімейних конфліктів і формування адекватних сімейних відносин; групова

психотерапія, спрямована на навчання ефективній комунікації в сімейному середовищі, яка проводилася у невеликих (до 10 осіб) групах, сформованих з пацієнток з аналогічними проблемами. Також, з урахуванням важкого рівня дезадаптації у сімейній сфері, пацієнтці проводилася індивідуальна та групова когнітивно-поведінкова психотерапія, спрямована на усвідомлення дисфункціональних переконань та неконструктивних моделей поведінки, насамперед, у сфері сімейних відносин.

Для корекції мікросоціальної дезадаптації у субсфері материнської дисфункції була проведена психоосвітня бесіда, зміст якої включав обговорення питань дитячо-батьківської взаємодії, особливостей реагування дитини на різні сімейні ситуації, можливі шляхи їх вирішення; психологічне консультування з питань нормалізації подружньої взаємодії; психокорекційні заходи, спрямовані на відновлення нормального психологічного статусу дитини, які включали психокорекційні заняття з дитиною (як окремо, так і в присутності батьків), рольові ігри. Також проводилися сеанси сімейної психотерапії для відновлення подружньої взаємодії і усунення конфліктів; і психотерапевтична робота з дитиною для усунення негативних наслідків материнської дисфункції, що передбачала виявлення у дитини ознак невротичних конфліктів, пов'язаних із складною сімейною ситуацією, а також їх корекція. Нормалізація психоемоційного стану дитини позитивно впливало на психоемоційну сферу хворої жінки.

Клінічний приклад 2. *Пацієнтка Л., 39 років.* Важкий рекурентний депресивний розлад (показник за шкалою М. Гамільтона 29 балів).

Показник макросоціальної дезадаптації у субсфері соціально-економічної дезадаптації склав 44 бали, що відповідає важкому рівню.

Показник макросоціальної дезадаптації у субсфері соціально-інформаційної дезадаптації склав 31 бал, що відповідає помірному рівню.

Показник мезосоціальної дезадаптації у субсфері соціально-професійної дезадаптації склав 42 бали, що відповідає важкому рівню.

Показник мезосоціальної дезадаптації у субсфері соціально-міжособистісної дезадаптації склав 45 балів, що відповідає важкому рівню.

Показник мікросоціальної дезадаптації у субсфері сімейної дезадаптації склав 46 балів, що відповідає важкому рівню.

Показник мікросоціальної дезадаптації у субсфері материнської дисфункції склав 41 бал, що відповідає важкому рівню.

З урахуванням генезу депресивного розладу, на першому етапі було розпочато медикаментозну терапію, що включала прийом флуоксетину у добовій дозі 20 мг (в подальшому доза була збільшена до 40 мг) у комбінації з рисперидоном у добовій дозі 2 мг. Після появи стійкої позитивної динаміки у афективній симптоматиці була розпочата психотерапевтична і психокорекційна робота за всіма напрямками психосоціальної дезадаптації.

Для корекції макросоціальної дезадаптації у субсфері соціально-економічної дезадаптації був проведений комплекс заходів, який включав психоосвіту за описаною вище схемою, навчання основам раціонального фінансового планування і оптимізації витрат; заходи з соціальної підтримки і допомоги, а саме консультацію з питань отримання додаткових соціальних виплат у зв'язку з хворобою. В подальшому, після стабілізації психічного стану, проводилися заняття в групах психологічної підтримки; індивідуальне консультування і психологічна допомога, групова та індивідуальна когнітивно-поведінкова психотерапія у кількості 10 сеансів тривалістю 60 хвилин кожен.

Для корекції макросоціальної дезадаптації у субсфері соціально-інформаційної дезадаптації проводилися заходи з психоосвіти; навчання заходам «інформаційної гігієни»; опанування навичками критичного мислення. Також нами була використана шестиетапна схема психологічної корекції за А.Р. Марковим (2019), яка включала аналіз наявної симптоматики та визначення чинників розвитку дезадаптивних станів (психодіагностика дескрипторів та предикторів дезадаптації), інформаційну підготовку та активну психокорекцію до супортивних впливів і заходів психологічної підтримки, трансформацію встановлених предикторів дезадаптивних станів в їх превенторів, та формування прагнення і здатності до відмови від індоктринації як способу сприйняття інформації, з опануванням навичок критичного мислення, прийомів інформаційно-психологічної безпеки та «інтелектуальної гігієни», формуванням і розвитком нових конструктивних захоплень та підтримкою нових конструктивних навичок життєдіяльності [5]. На етапі стабілізації психічного стану з пацієнткою проводилися групові заняття, спрямовані на навчання критичному мисленню і формуванню стійкості до негативних інформаційних впливів.

Для корекції мезосоціальної дезадаптації у субсфері соціально-професійної дезадаптації проводилися заходи з психоосвіти; консультування з питань професійної орієнтації та професійного навчання; психологічне консультування щодо встановлення гармонійних психологічних

відносин у трудовому колективі; заходи з професійної реабілітації, при яких пацієнтці було надано допомогу у підборі спеціальності, що більшою мірою підходила їй з урахуванням захворювання, а також у перенавчанні; групові заняття, спрямовані на навчання комунікації та формуванню здорових відносин у професійному середовищі, а також індивідуальна та групова когнітивно-поведінкова психотерапія.

Для корекції мезосоціальної дезадаптації у субсфері соціально-міжособистісної дезадаптації була проведена психоосвітня бесіда; психологічне консультування з питань міжособистісної взаємодії; навчання навичкам міжособистісної комунікації, а також індивідуальна та групова когнітивно-поведінкова психотерапія.

Для корекції мікросоціальної дезадаптації у субсфері сімейної дезадаптації проводився комплекс заходів, у складі психоосвітніх бесід (3 бесіди); сімейне психологічне консультування; сімейна психотерапія, спрямована на гармонізацію сімейних відносин. На етапі стабілізації психічного стану проводилися сеанси сімейної психотерапії, спрямованої на усунення внутрішньосімейних конфліктів і формування адекватних сімейних відносин; а також групова психотерапія у складі невеликих терапевтичних груп, а також індивідуальна та групова когнітивно-поведінкова психотерапія.

Для корекції мікросоціальної дезадаптації у субсфері материнської дисфункції проводилася психоосвітня бесіда з питань дитячо-батьківської взаємодії та особливостей реагування підлітків, шляхи усунення конфліктів; психологічне консультування з питань нормалізації подружньої взаємодії; психокорекційні заходи, спрямовані на відновлення нормального психологічного статусу підлітка за описаною вище схемою.

Клінічний приклад 3. *Пацієнтка К., 54 роки.* Депресивний розлад органічного генезу помірної важкості (показник за шкалою М. Гамільтона 25 балів).

Показник макросоціальної дезадаптації у субсфері соціально-економічної дезадаптації склав 43 бали, що відповідає важкому рівню.

Показник макросоціальної дезадаптації у субсфері соціально-інформаційної дезадаптації склав 36 балів, що відповідає помірному рівню.

Показник мезосоціальної дезадаптації у субсфері соціально-професійної дезадаптації склав 34 бали, що відповідає помірному рівню.

Показник мезосоціальної дезадаптації у субсфері соціально-міжособистісної дезадаптації склав 46 балів, що відповідає важкому рівню.

Показник мікросоціальної дезадаптації у субсфері сімейної дезадаптації склав 44 бали, що відповідає важкому рівню.

Показник мікросоціальної дезадаптації у субсфері материнської дисфункції склав 43 бали, що відповідає важкому рівню.

На першому етапі було розпочато лікування основного захворювання (органічне ураження головного мозку). Додатково було призначено флуоксетин у добовій дозі 20 мг.

Після появи позитивної динаміки було розпочато комплекс психотерапевтичних і психокорекційних заходів відповідно до виявлених ознак психосоціальної дезадаптації у основних сферах.

Для корекції макросоціальної дезадаптації у субсфері соціально-економічної дезадаптації проводився комплекс заходів, у складі психоосвіти за описаною схемою, навчання основам раціонального фінансового планування і оптимізації витрат; заходи з соціальної підтримки і допомоги, а саме оформлення документів для визначення групи інвалідності у зв'язку із психічним захворюванням. Після відносної нормалізації психічного стану, були проведені заняття в групах психологічної підтримки; індивідуальне консультування і психологічна допомога, групова та індивідуальна когнітивно-поведінкова психотерапія (7 сеансів тривалістю 1 година кожен).

Для корекції макросоціальної дезадаптації у субсфері соціально-інформаційної дезадаптації проводилися заходи з психоосвіти; навчання заходам «інформаційної гігієни»; опанування навичками критичного мислення і психологічна корекція за А.Р. Марковим за описаною вище схемою.

Для корекції мезосоціальної дезадаптації у субсфері соціально-професійної дезадаптації проводилися заходи з психоосвіти; консультування з питань раціональної організації робочого часу; психологічне консультування щодо встановлення гармонійних психологічних відносин у трудовому колективі; заходи з професійної реабілітації, при яких пацієнтці було надано допомогу у розробці індивідуального графіку роботи; групові заняття, спрямовані на навчання комунікації та формуванню здорових відносин у колективі.

Для корекції мезосоціальної дезадаптації у субсфері соціально-міжособистісної дезадаптації була проведена психоосвітня бесіда; психологічне консультування з питань міжособистісної взаємодії; навчання навичкам міжособистісної комунікації, а також індивідуальна та групова когнітивно-поведінкова психотерапія.

Для корекції мікросоціальної дезадаптації у субсфері сімейної дезадаптації проводився

комплекс заходів, у складі психоосвітніх бесід (2 бесіди); сімейне психологічне консультування; сімейна психотерапія. В подальшому проводилися сеанси сімейної психотерапії, спрямованої на усунення внутрішньосімейних конфліктів і формування нормальних сімейних відносин; а також групова психотерапія у складі малих груп, а також індивідуальна та групова когнітивно-поведінкова психотерапія.

Для корекції мікросоціальної дезадаптації помірного рівня у субсфері материнської дисфункції проводилася психоосвітня бесіда з питань взаємодії з дорослими дітьми, усунення конфліктів; психологічне консультування з питань нормалізації подружньої взаємодії.

Для проведення корекції нами були відібрані пацієнтки, які мали ознаки ПД у всіх сферах (макросоціальної, мезосоціальної та мікросоціальної). З них було сформовано дві групи. До першої групи (чисельністю 103 пацієнток) увійшли хворі, які надали усвідомлену згоду на участь у програмі корекції (ГК). Їм був проведений повний комплекс запропонованої корекційної програми за описаною вище схемою. До другої групи (чисельністю 101 пацієнтка) увійшли хворі, які отримували антидепресивне лікування за традиційною схемою і не приймали участі у програмі корекції (ГП). Групи були спільномірними за віковими, соціальними характеристиками, важкістю та генезом депресії. Порівняння показників проводилося до початку корекції і через 6 місяців після її початку.

Таблиця 1

Динаміка показників депресії і тривоги в процесі корекції у групі корекції та групі порівняння

Показник	До корекції			Після корекції			р до і після корекції	
	ГП	ГК	р	ГП	ГК	р	ГП	ГК
Загальний показник депресії	23,71±4,49	23,99±4,72	>0,05	10,59±3,75	7,98±4,47	<0,01	<0,01	<0,01
Адинамічна депресія	17,53±3,90	17,47±3,94	>0,05	8,51±3,10	6,48±3,32	<0,01	<0,01	<0,01
Ажитована депресія	11,55±2,62	12,20±2,62	>0,05	4,67±2,24	3,73±2,36	<0,01	<0,01	<0,01
Депресія зі страхом	9,84±3,00	9,89±2,71	>0,05	4,10±2,10	3,02±1,89	<0,01	<0,01	<0,01
Недиференційована депресія	4,71±1,27	4,50±1,39	>0,05	1,37±0,91	0,70±0,97	<0,01	<0,01	<0,01
Загальний показник тривоги	20,18±4,87	20,48±4,61	>0,05	9,52±4,11	7,24±4,08	<0,01	<0,01	<0,01
Психічна тривога	11,39±2,70	11,60±2,90	>0,05	6,09±2,41	4,97±2,71	<0,01	<0,01	<0,01
Соматична тривога	8,79±2,81	8,87±2,41	>0,05	3,44±2,17	2,27±1,87	<0,01	<0,01	<0,01

Запропонована комплексна система виявилася ефективною відносно зменшення показників тривоги. У ГП під впливом лікування загальний показник тривоги зменшився з 20,18±4,87 балів до 9,52±4,11 балів, а у ГК – з 20,48±4,61 балів до 7,24±4,08 балів. При цьому у пацієнток ГК значуще меншими після корекції були показники психічної тривоги: якщо у групі ГП показники зменшилися з 11,39±2,70 балів до 6,09±2,41 балів, то у ГК –

Запропонована комплексна система діагностики і корекції ПД у жінок, хворих на депресивні розлади, виявилася ефективною щодо основних проявів депресії і тривоги (табл. 1). Як видно з таблиці, до початку лікування показники депресії і тривоги у ГП і ГК були спільномірними і значуще не відрізнялися. Як традиційна, так і запропонована схеми лікування виявилися ефективними відносно основних проявів депресії і тривоги. В обох групах (ГП і ГК) в процесі терапії було досягнуто значуще зменшення показників вираженості депресії і тривоги. Однак, при цьому показники депресії у ГК після корекції виявилися значуще нижчими, ніж у ГП. Так, загальний показник депресії у ГП знизився з 23,71±4,49 балів до 10,59±3,75 балів, а у ГК – з 23,99±4,72 до 7,98±4,47 балів. Важливо, що показник депресії у ГП після лікування відповідав субдепресивному стану, а у ГК був практично в межах норми. У хворих ГК в процесі корекції вдалося досягти як зниження загального показника депресії, так і показників вираженості окремих видів депресії: адинамічної (у ГП з 17,53±3,90 балів до 8,51±3,10 балів, у ГК – з 17,47±3,94 балів до 6,48±3,32 балів), ажитованої (у ГП з 11,55±2,62 балів до 4,67±2,24 балів, у ГК з 12,20±2,62 балів до 3,73±2,36 балів) та депресії зі страхом (у ГП з 9,84±3,00 балів до 4,10±2,10 балів, у ГК з 9,89±2,71 балів до 3,02±1,89 балів).

з 11,60±2,90 балів до 4,97±2,71 балів. Аналогічно, показники соматичної тривоги у ГП зменшилися з 8,79±2,81 балів до 3,44±2,17 балів, а у ГК – з 8,87±2,41 балів до 2,27±1,87 балів.

Комплексна система діагностики і корекції ПД у жінок, хворих на депресивні розлади, дозволила значуще покращити якість життя пацієнток (табл. 2, рис. 2).

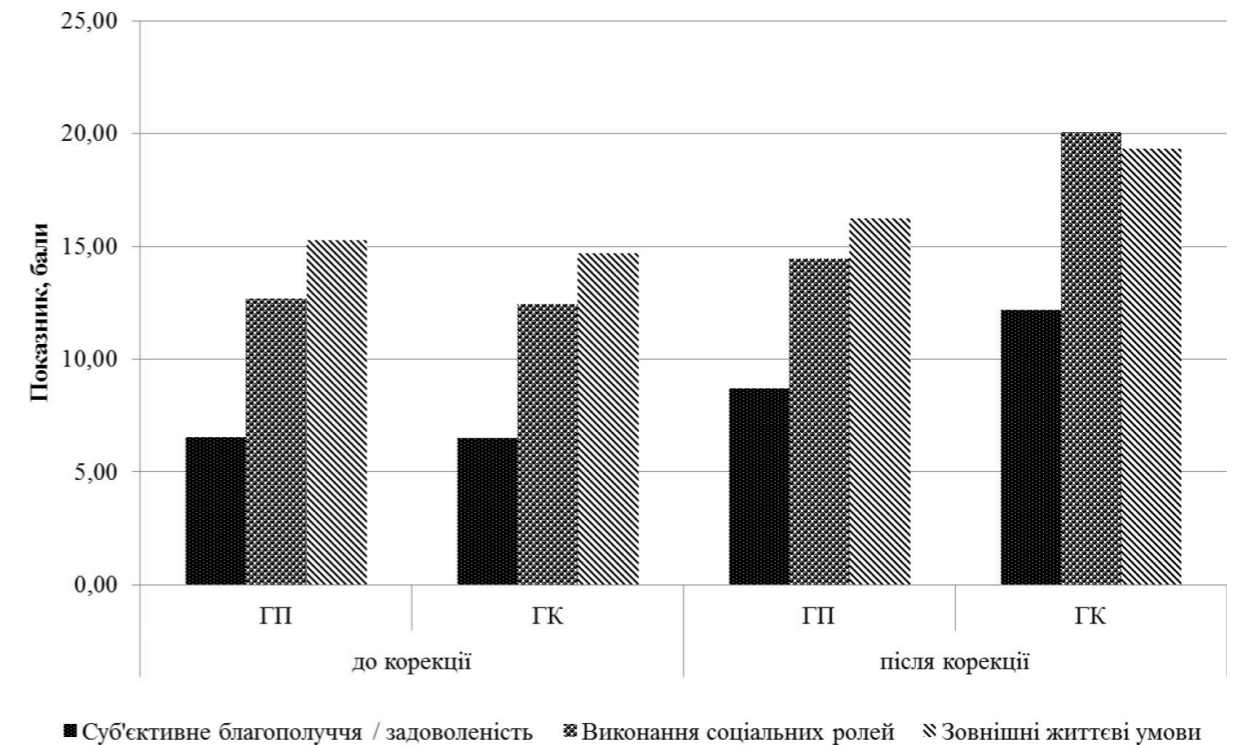


Рис. 2. Динаміка показників якості життя в процесі корекції

Загалом, якість життя в процесі лікування похворих ГК показники ЯЖ після лікування виявилися значуще кращими, ніж у ГП.

Таблиця 2

Динаміка змін якості життя в процесі корекції у групі корекції та групі порівняння

Показник	До корекції		р	Після корекції		р	р до і після корекції	
	ГП	ГК		ГП	ГК		ГП	ГК
Суб'єктивне благополуччя / задоволеність	6,52±2,27	6,49±2,45	>0,05	8,72±2,76	12,18±2,68	<0,01	<0,01	<0,01
Виконання соціальних ролей	12,68±4,30	12,44±4,59	>0,05	14,45±5,07	20,05±4,89	<0,01	<0,01	<0,01
Зовнішні життєві умови	15,25±5,42	14,67±5,66	>0,05	16,25±6,08	19,33±5,69	<0,01	<0,01	<0,01
Сумарний показник	34,46±11,29	33,59±12,09	>0,05	39,42±13,22	51,56±12,55	<0,01	<0,01	<0,01
Показник якості життя	3,45±1,13	3,36±1,21	>0,05	3,94±1,32	5,16±1,26	<0,01	<0,01	<0,01

Так, показник суб'єктивного благополуччя / задоволеності у ГП збільшився з 6,52±2,27 балів до 8,72±2,76 балів, а у ГК – з 6,49±2,45 балів до 12,18±2,68 балів. Показник виконання соціальних ролей у ГП збільшився з 12,68±4,30 балів до 14,45±5,07 балів, у ГК – відповідно з 12,44±4,59 балів до 20,05±4,89 балів. Показник зовнішніх життєвих умов у ГП збільшився з 15,25±5,42 балів до 16,25±6,08 балів, а у ГК – з 14,67±5,66 балів до 19,33±5,69 балів. Сумарний показник ЯЖ у хворих ГП в процесі лікування збільшився з 34,46±11,29 балів до 39,42±13,22 балів, тоді як у ГК – з 33,59±12,09 балів до 51,56±12,55 балів.

Однак, найбільш суттєвий позитивний ефект запропонована комплексна система закономірно справила на стан психосоціальної адаптації хворих. При цьому позитивні зміни відбулися в усіх сферах – макросоціальної, мезосоціальної та мікросоціальної дезадаптації.

Так, показник соціально-економічної дезадаптації у хворих ГП у процесі лікування зменшився з 33,38±8,24 балів до 32,68±8,48 балів, тоді як у ГК зменшення проявів ПД було значно суттєвішим: з 34,02±8,85 балів до 24,02±8,85 балів (табл. 3, рис. 3).

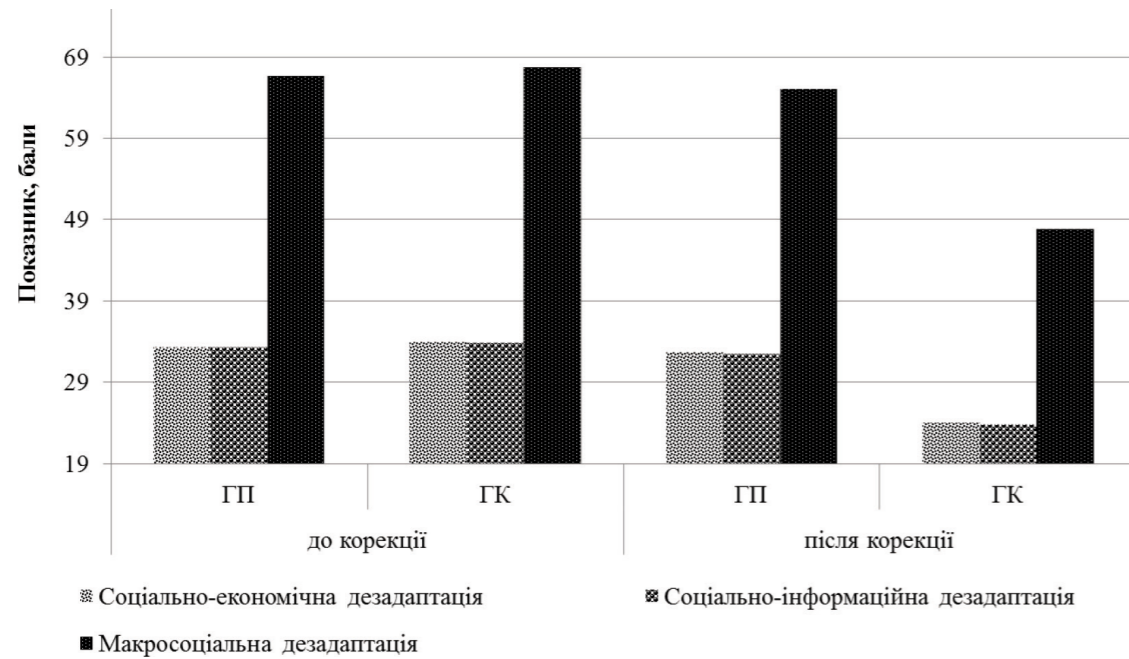


Рис. 3. Динаміка показників макросоціальної дезадаптації в процесі корекції

Показник соціально-інформаційної дезадаптації у ГП зменшився з 33,34±8,29 балів до 32,45±8,47 балів, тоді як у ГК – з 33,85±8,80 балів до 23,85±8,80 балів. Загальний показник макросоціальної дезадаптації у ГП зменшився з 66,71±16,51 балів до 65,13±16,88 балів, а у ГК зменшення показника макросоціальної ДА було значно більш суттєвим: з 67,87±17,63 балів до 47,87±17,63 балів.

У сфері мезосоціальної дезадаптації запропонована система також продемонструвала суттєво кращі результати у порівнянні з традиційним

лікуванням (табл. 3, рис. 4). Так, у ГП показник соціально-професійної дезадаптації у процесі лікування зменшився з 29,00±6,07 балів до 27,94±6,54 балів, тоді як у ГК – з 29,73±7,04 балів до 19,73±7,04 балів. Показник соціально-міжособистісної дезадаптації у ГП зменшився з 30,87±7,00 балів до 29,53±7,81 балів, а у ГК – з 31,74±7,91 балів до 21,74±7,91 балів. Загальний показник мезосоціальної дезадаптації у ГП зменшився з 59,87±13,03 балів до 57,48±13,80 балів, а у ГК дезадаптація зменшилася значно суттєвіше: з 61,47±14,89 балів до 41,47±14,89 балів.

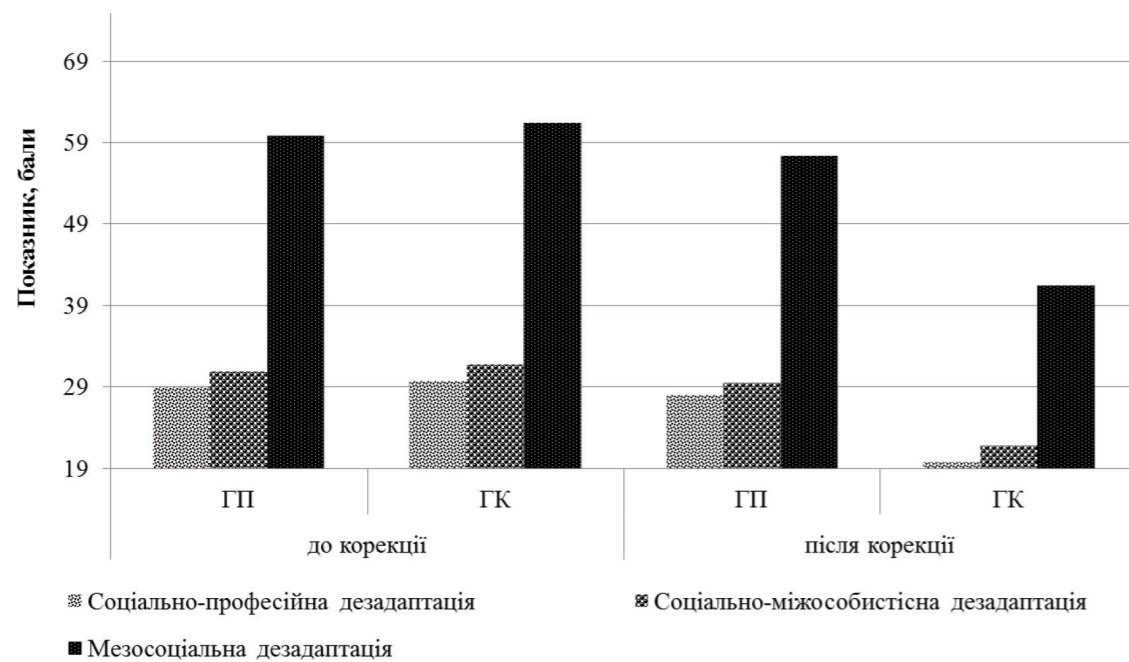


Рис. 4. Динаміка показників мезосоціальної дезадаптації в процесі корекції

Суттєві позитивні зміни під впливом запропонованої комплексної системи були досягнуті у сфері мікросоціальної дезадаптації (табл. 3, рис. 5). Так, показник сімейної дезадаптації у ГП зменшився з 37,61±8,13 балів до 36,72±8,54 балів, а у ГК – з 37,99±8,16 балів до 27,99±8,16 балів. Показник батьківської дезадаптації у ГП зменшився

з 35,89±8,04 балів до 35,45±8,15 балів, тоді як у ГК – з 36,58±8,10 балів до 26,58±8,10 балів. Загальний показник мікросоціальної дезадаптації у ГП в процесі лікування зменшився з 73,50±16,11 балів до 72,17±16,59 балів, а у ГК зменшення проявів мікросоціальної дезадаптації було значно більш суттєвим: з 74,57±16,20 балів до 54,57±16,20 балів.

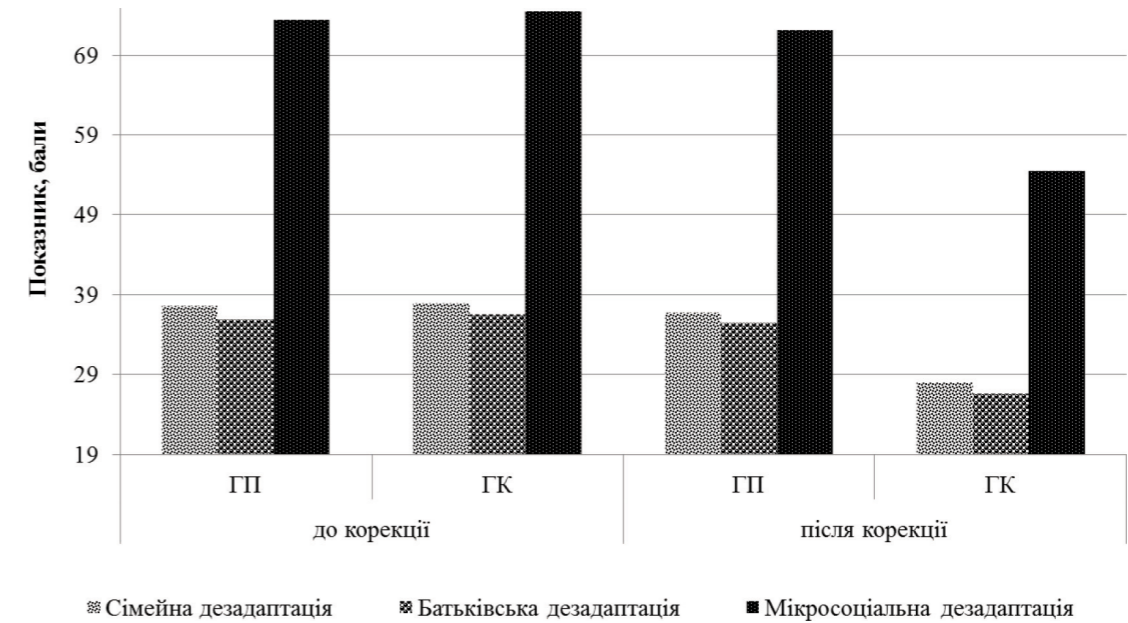


Рис. 5. Динаміка показників мікросоціальної дезадаптації в процесі корекції

Сумарний показник ПД у ГП в процесі лікування значуще зменшився з 200,09±45,27 балів до 194,77±46,74 балів. При цьому у ГК

зменшення проявів ПД було значно більш суттєвим: з 203,91±48,26 балів до 143,91±48,26 балів.

Таблиця 3

Динаміка показників дезадаптації у різних сферах в процесі корекції у групі корекції та групі порівняння

Показник	До корекції		р	Після корекції		р	р до і після корекції	
	ГП	ГК		ГП	ГК		ГП	ГК
Соціально-економічна дезадаптація	33,38±8,24	34,02±8,85	>0,05	32,68±8,48	24,02±8,85	<0,01	<0,01	<0,01
Соціально-інформаційна дезадаптація	33,34±8,29	33,85±8,80	>0,05	32,45±8,47	23,85±8,80	<0,01	<0,01	<0,01
Макросоціальна дезадаптація	66,71±16,51	67,87±17,63	>0,05	65,13±16,88	47,87±17,63	<0,01	<0,01	<0,01
Соціально-професійна дезадаптація	29,00±6,07	29,73±7,04	>0,05	27,94±6,54	19,73±7,04	<0,01	<0,01	<0,01
Соціально-міжособистісна дезадаптація	30,87±7,00	31,74±7,91	>0,05	29,53±7,81	21,74±7,91	<0,01	<0,01	<0,01
Мезосоціальна дезадаптація	59,87±13,03	61,47±14,89	>0,05	57,48±13,80	41,47±14,89	<0,01	<0,01	<0,01

Продовження табл. 3

Сімейна дезадаптація	37,61±8,13	37,99±8,16	>0,05	36,72±8,54	27,99±8,16	<0,01	<0,01	<0,01
Батьківська дезадаптація	35,89±8,04	36,58±8,10	>0,05	35,45±8,15	26,58±8,10	<0,01	<0,01	<0,01
Мікросоціальна дезадаптація	73,50±16,11	74,57±16,20	>0,05	72,17±16,59	54,57±16,20	<0,01	<0,01	<0,01
Сумарний показник психосоціальної дезадаптації	200,09±45,27	203,91±48,26	>0,05	194,77±46,74	143,91±48,26	<0,01	<0,01	<0,01

Найбільш показово відмінності запропонованої комплексної системи у порівнянні з традиційною виявилися при аналізі результатів корекції з урахуванням груп ПД (табл. 4).

У сфері макросоціальної ПД під впливом традиційної терапії відбулося незначне збільшення кількості хворих з відсутністю ознак ПД за рахунок зменшення кількості хворих з легкою ПД; в інших групах змін під впливом традиційного лікування не відбулося. На противагу, у ГК під впливом запропонованої системи відбулося суттєве зменшення хворих з ознаками важкої ПД з 31,1% до 1,9%, а також зменшення кількості хворих з помірною і легкою ПД. Важливо, що після корекції понад третина хворих (36,9%) не виявляла ознак ПД. Аналогічні позитивні зміни відбулися у сфері соціально-інформаційної ПД. Якщо під впливом традиційної терапії спостерігалися одиничні випадки переходу хворих до більш легких груп ПД, то у ГК 39,8% хворих під впливом корекції не виявляли ознак ПД, і лише у однієї пацієнтки лишилися ознаки важкої ПД.

В цілому під впливом традиційної терапії вдалося досягти усунення ознак макросоціальної ПД лише у 3% хворих, тоді як під впливом запропонованої – у 36,9%. Кількість хворих з важкою ПД зменшилася у ГП лише на 2%, тоді як у ГК – на 28,2%.

У сфері мезосоціальної ПД запропонована система дала можливість досягти ще більш суттєвих результатів. Так, під впливом традиційної терапії у сфері соціально-професійної ПД кількість хворих з важкою ПД не змінилася, кількість хворих з помірною ПД незначно зменшилася (з 44,6% до 37,6%), а досягти повної відсутності ознак ПД вдалося лише у 5,9%. На противагу, у хворих з ГК повного усунення ознак ПД вдалося досягти більш ніж у половини хворих (51,5%), а хворих з ознаками важкої ПД після корекції взагалі не було. У сфері соціально-міжособистісної ПД традиційна терапія дала можливість дещо зменшити кількість хворих з важкою ПД (з 10,9% до 8,9%) і досягти відсутності ознак ПД у 5,9% хворих, а запропонована відповідно з 16,5% до 1,0% і з 0,0% до 42,7%.

Таблиця 4

Динаміка змін у дезадаптації за різними сферами в процесі корекції у групі корекції та групі порівняння

Ступінь дезадаптації	До корекції					Після корекції					р до і після корекції	
	ГП		ГК		р	ГП		ГК		р	ГК	ГП
	абс.	%	абс.	%		абс.	%	абс.	%			
Соціально-економічна дезадаптація												
Відсутня	0	0,0	0	0,0	>0,05	4	4,0	38	36,9	<0,01	<0,05	<0,01
Легка	35	34,7	38	36,9	>0,05	33	32,7	33	32,0	>0,05	>0,05	>0,05
Помірна	38	37,6	33	32,0	>0,05	38	37,6	30	29,1	>0,05	>0,05	>0,05
Важка	28	27,7	32	31,1	>0,05	26	25,7	2	1,9	<0,01	>0,05	<0,01
Соціально-інформаційна дезадаптація												
Відсутня	0	0,0	0	0,0	>0,05	4	4,0	41	39,8	<0,01	<0,05	<0,01
Легка	38	37,6	41	39,8	>0,05	38	37,6	30	29,1	>0,05	>0,05	>0,05
Помірна	37	36,6	30	29,1	>0,05	35	34,7	31	30,1	>0,05	>0,05	>0,05
Важка	26	25,7	32	31,1	>0,05	24	23,8	1	1,0	<0,01	>0,05	<0,01

Продовження табл. 4

Макросоціальна дезадаптація												
Відсутня	0	0,0	0	0,0	>0,05	3	3,0	38	36,9	<0,01	>0,05	<0,01
Легка	35	34,7	38	36,9	>0,05	34	33,7	33	32,0	>0,05	>0,05	>0,05
Помірна	38	37,6	33	32,0	>0,05	38	37,6	29	28,2	>0,05	>0,05	>0,05
Важка	28	27,7	32	31,1	>0,05	26	25,7	3	2,9	<0,01	>0,05	<0,01
Соціально-професійна дезадаптація												
Відсутня	0	0,0	0	0,0	>0,05	6	5,9	53	51,5	<0,01	<0,05	<0,01
Легка	52	51,5	53	51,5	>0,05	53	52,5	38	36,9	<0,05	>0,05	<0,05
Помірна	45	44,6	38	36,9	>0,05	38	37,6	12	11,7	<0,01	>0,05	<0,01
Важка	4	4,0	12	11,7	>0,05	4	4,0	0	0,0	<0,05	>0,05	<0,01
Соціально-міжособистісна дезадаптація												
Відсутня	0	0,0	0	0,0	>0,05	6	5,9	44	42,7	<0,01	<0,05	<0,01
Легка	42	41,6	44	42,7	>0,05	42	41,6	42	40,8	>0,05	>0,05	>0,05
Помірна	48	47,5	42	40,8	>0,05	44	43,6	16	15,5	<0,01	>0,05	<0,01
Важка	11	10,9	17	16,5	>0,05	9	8,9	1	1,0	<0,01	>0,05	<0,01
Мезосоціальна дезадаптація												
Відсутня	0	0,0	0	0,0	>0,05	2	2,0	44	42,7	<0,01	>0,05	<0,01
Легка	42	41,6	44	42,7	>0,05	42	41,6	42	40,8	>0,05	>0,05	>0,05
Помірна	48	47,5	42	40,8	>0,05	47	46,5	16	15,5	<0,01	>0,05	<0,01
Важка	11	10,9	17	16,5	>0,05	10	9,9	1	1,0	<0,01	>0,05	<0,01
Сімейна дезадаптація												
Відсутня	0	0,0	0	0,0	>0,05	3	3,0	14	13,6	<0,01	>0,05	<0,01
Легка	18	17,8	14	13,6	>0,05	17	16,8	41	39,8	<0,01	>0,05	<0,01
Помірна	36	35,6	41	39,8	>0,05	37	36,6	44	42,7	>0,05	>0,05	>0,05
Важка	47	46,5	48	46,6	>0,05	44	43,6	4	3,9	<0,01	>0,05	<0,01
Батьківська дезадаптація												
Відсутня	0	0,0	0	0,0	>0,05	2	2,0	17	16,5	<0,01	>0,05	<0,01
Легка	21	20,8	17	16,5	>0,05	20	19,8	46	44,7	<0,01	>0,05	<0,01
Помірна	46	45,5	46	44,7	>0,05	46	45,5	38	36,9	>0,05	>0,05	>0,05
Важка	34	33,7	40	38,8	>0,05	33	32,7	2	1,9	<0,01	>0,05	<0,01
Мікросоціальна дезадаптація												
Відсутня	0	0,0	0	0,0	>0,05	2	2,0	14	13,6	<0,01	>0,05	<0,01
Легка	18	17,8	14	13,6	>0,05	17	16,8	41	39,8	<0,01	>0,05	<0,01
Помірна	36	35,6	41	39,8	>0,05	38	37,6	44	42,7	>0,05	>0,05	>0,05
Важка	47	46,5	48	46,6	>0,05	44	43,6	4	3,9	<0,01	>0,05	<0,01

В цілому мезосоціальна ПД під впливом традиційної терапії піддалася незначній редукції. Питома вага хворих з важкою ПД у цій групі зменшилася незначно: з 10,9% до 9,9%, тоді як у ГК – з 16,5% до 1,0%. У ГП не відбулося суттєвої динаміки у групах хворих з помірною і легкою депресією, тоді як у ГК виявлено значне зменшення хворих з помірною депресією (з 40,8% до 15,5%).

У ГП повної відсутності ознак ПД вдалося досягти лише у двох хворих (2,0%), тоді як у ГК – у 44 хворих (42,7%).

У сфері мікросоціальної ПД запропонована система також дозволила досягти значного покращення. Так, у сфері сімейної ПД традиційна терапія дозволила досягти відсутності ознак ПД у 3,0%, тоді як запропонована – у 13,6%. Питома

вага хворих з важкою ПД зменшилася у ГП на 3 осіб (з 46,5% до 43,6%), тоді як у ГК – з 46,6% до 3,9%. У сфері батьківської ПД під впливом традиційної терапії кількість хворих з важкою ПД зменшилася на 1 особу (з 33,7% до 32,7%), а хворих з відсутністю ознак ПД збільшилася на 2 осіб (до 2,0%), тоді як у ГК кількість хворих з важкою ПД зменшилася з 38,8% до 1,9%, а з відсутністю ПД збільшилася до 16,5%.

В цілому у сфері мікросоціальної ПД під впливом традиційної терапії питома вага хворих з важкою ПД незначно зменшилася (з 46,5% до 43,6%), а питома вага хворих з відсутністю ознак ПД – незначно зросла (з 0,0% до 2,0%), тоді як під впливом запропонованої системи корекції вдалося досягти зменшення питомої ваги хворих з важкою мікросоціальною ПД з 46,6% до 3,9% і збільшення питомої ваги осіб без ознак ПД до 13,6%.

Усі показники після корекції у ГК були значуще ($p < 0,01$) кращими у порівнянні з ГП.

Висновок. Таким чином, запропонована комплексна система психодіагностики і реабілітації жінок з ПД, хворих на депресивні розлади, продемонструвала значуще вищу ефективність у відношенні показників вираженості депресії і тривоги, покращення якості життя хворих, а також щодо суттєвого зменшення проявів ПД у макросоціальній, мезосоціальній та мікросоціальній сферах.

Це дає підстави рекомендувати зазначену комплексну систему для застосування у практиці охорони здоров'я у складі комплексу лікувально-реабілітаційних заходів у хворих на депресивні розлади.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Пастернак Н.І., Юрценюк О.С. (2016). Тривожні та депресивні розлади у хворих на артеріальну гіпертензію. *Клінічна та експериментальна патологія*, Том 15, № 1 (55), 201–205.
2. Марута Н.А. (2013). Восстановление социального функционирования – основная цель терапии депрессии. *Нейропсихология*, № 8 (53), 16–20.
3. Ісаков Р.І. (2018). Психосоціальна дезадаптація у жінок з депресивними розладами різного генезу: особливості діагностики, вираженості і структури. *Психіатрія, неврологія, медична психологія*, № 9, 82–92.
4. Ісаков Р.І. (2018). Порівняльний аналіз вираженості психосоціальної дезадаптації й афективної симптоматики у жінок, хворих на депресивні розлади різного генезу. *Український вісник психоневрології*, Т. 26, вип. 3 (96), 20–26.
5. Марков А.Р., Маркова М.В. (2019). Медико-психологічні детермінанти інформаційно-психологічної безпеки цивільного населення. Харків: «Друкарня Мадрид», 248.

ОБОСНОВАНИЕ, СОДЕРЖАНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ СИСТЕМЫ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОЙ ПСИХОДИАГНОСТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ И ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Р.И. Исаков

Опираясь на результаты клинико-психопатологического, психометрического и психодиагностического обследования 252 женщин с депрессивными расстройствами (94 человека с психогенной, 83 женщины с эндогенной и 75 пациенток с органической депрессией), из которых 48 женщин не имели признаков психосоциальной дезадаптации, а у других 204 установлены проявления макро-, мезо- и микросоциальной дезадаптации различной выраженности, обоснована и разработана система персонализированной психодиагностики и реабилитации женщин с психосоциальной дезадаптацией и депрессивными расстройствами. Указанная система объединена преемственностью, этиопатогенетической ориентированностью и комплексностью мероприятий, является индивидуально ориентированной, и в максимальной степени учитывает особенности психосоциальной дезадаптации

женщин с признаками депрессивных расстройств в различных сферах. Система состоит из двух этапов – психодиагностического и психокоррекционного, каждый из которых структурируется на диагностические и коррекционные мероприятия в зависимости от сферы, в которой обнаружена психосоциальная дезадаптация, и от степени дезадаптации в каждой из сфер. Структура этапов стандартизирована, что делает предложенную систему пригодной к использованию на первичном этапе оказания медицинской помощи, а содержание мероприятий индивидуализировано, что обеспечивает максимальную адресность и действенность психокоррекционных мероприятий.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, психосоциальная дезадаптация, макросоциальная дезадаптация, мезосоциальная дезадаптация, микросоциальная дезадаптация, женщины, психодиагностика, психокоррекция.

SUBSTANTIATION, CONTENT AND EFFICIENCY OF THE SYSTEM OF PERSONIFIED PSYCHODIAGNOSTICS AND REHABILITATION OF WOMEN WITH PSYCHOSOCIAL MALADAPTATION AND DEPRESSIVE DISORDERS

R.I. Isakov

Based on the results of clinical and psychopathological, psychometric and psychodiagnostic examination of 252 women with depressive disorders (94 people with psychogenic, 83 women with endogenous and 75 patients with organic depression), of which 48 women had no signs of psychosocial maladaptation, and 204 other patients had macro-, meso- and microsocial maladaptation of various severity, the system of personalized psychodiagnosics and rehabilitation of women with psychosocial maladaptation and depressive disorders has been substantiated and developed. The specified system, combined with heredity, etiopathogenetic orientation and complexity of measures, is individually oriented, and takes into account the peculiarities of psychosocial maladaptation of women with signs of depressive disorders in various fields. The

system consists of two stages – psychodiagnostic and psychocorrective, each of which is structured into diagnostic and corrective measures depending on the area in which psychosocial maladaptation is detected, and the degree of maladaptation in each of the areas. The structure of the stages is standardized, which makes the proposed system suitable for use at the initial stage of providing medical care, and the content of measures is individualized, which ensures maximum targeting and effectiveness of psychocorrective measures.

Key words: depressive disorders, psychosocial maladaptation, macrosocial maladaptation, mesosocial maladaptation, microsocial maladaptation, women, psychodiagnosics, psychocorrection.

Прийнято до друку 27.12.2019