**РОЗДІЛ 1**

**ТЕОРЕТИко-методологічний аналіз підходів до проблеми вивчення особливостей психосоціальної реабілітації осіб з депресивними розладами**

**1.1. Депресивні розлади: симптоми, причини, види**

**Д**епресивні розлади є одними з найпоширеніших психічних розладів, що вражають більш ніж 264 мільйони людей різних вікових категорій в усьому світі.

Важкість, особистісна та соціальна обтяжливість депресивних розладів обумовлена їх впливом на всі сфери життя і психічної діяльності людини. Окрім різноманітних клінічних ознак, депресивні ­розлади суттєво погіршують такі психо­логічні характеристики людини, як ціннісно-­мотиваційна сфера, самоактуалізація, сприйняття власного життя, інтег­рація його у часовий простір, здатність до усвідомлення та правильної оцінки майбутнього.

За даними сучасних досліджень, серед усіх осіб, у яких виявлено депресивний розлад, лише 33 % пацієнтів одужують або виходять у стійку ремісію, у 12 % розлад має затяжний перебіг, а у 55 % виникають рецидиви.

Така невисока ефективність лікування обумовлена, перш за все, клінічною гетерогенністю, патоморфозом депресій в останні десятиліття та недостатньою обізнаністю у питанні згаданої проблеми лікарів сімейної медицини.

Окрім основних різноманітних проявів та ступеня ­виразності емоційно-когнітивних, нейровегетативних та поведінкових симптомів при депресивних розладах, для визначення клінічної картини порушень ­виділяються клініко-психо­патологічні синдроми, що формують їх структурну організацію: депресивний, астенічний, апатичний, тривожно-­фобічний, сомато-вегетативний та іпохонд­ричний депресивні розлади.

Клінічне виокремлення синдромологічних варіантів депресивних розладів є значущим. Так, наприклад, ­тужливий варіант депресивного розладу з домінуванням апато-­адинамічної симптоматики в ­прогностичному плані є вкрай складним – у багатьох випадках хвороба має хронічний та терапевтично резистентний характер, а поєднання депресивного ­синдрому з виразними симпто­мами тривоги ускладнює перебіг депресивного розладу із вірогідною хроніфікацією та можливим форму­ванням терапевтичної резистентності при його ­лікуванні.

Усі наведені тези свідчать, що ефективність та цілеспрямованість лікування депресивних розладів є важливим фокусом клінічної роботи та сучасних наукових досліджень щодо цих ­видів психопатології. Саме тому ­значна увага дослідників приділяється як патогенетичним механізмам формування різних клінічних варіантів депресивних розладів, так і психологічним характеристикам таких пацієнтів із вивченням можливості залучення до терапії їх особистісних ресурсів.

Фокусування на синдромологічній картині ­розладу є однією з основних мішеней лікарського втручання. ­Однак, вочевидь, значущим щодо його ефективності є залу­чення у комплексну терапію депресивного ­розладу наявних ресурсів особистості, до яких належить і ­пошу­кова активність.

Пошукова активність – це складова поведінки ­людини, яка спрямована на ­зміну ситуації в умовах нестачі інформації про неї та ­відсутності прогнозу результатів власних дій. Вона є суттєвим адаптаційним чинником в умовах психологічного стресу, що дає змогу уникнути його несприятливих психологічних і психо­патологічних наслідків.

Особистісні характеристики пошукової активності є невід’ємною і навіть біологічно значущою властивістю поведінки і ­стану, оскільки вона визначає стресостійкість організму і особистості в умовах відсутності конкретного прогнозу відносно результату певної цілеспрямованої діяльності людини.

Згідно з концепцією вкладу пошукової активності у ресурсні можливості людини, негативні емоції, що виникають у стані фрустрації, дистресу та можуть її ­активізувати, є кориснішими для організму, ніж відносно спокійний емоційний стан із низьким її рівнем.

Таке психодіагностичне дослідження може вважитися моделлю пошукової активності, тому що сенсожиттєва орієнтація, як і пошукова активність, спирається на наявність або відсутність в особистості мети (цілі), ­відчуття контролю власного життя та майбутнього загалом. ­Важливість такого дослідження зумовлена тим, що нині ­вивчення пошукової активності (у вигляді СЖО), як особис­тісних ресурсних характеристик у хворих на ­різні варіанти депресивних розладів, є недостатнім.

1. Апато-­адинамічний варіант депресивного розладу:

* депресивний настрій із тугою, почуттям безнадії, ­песимізмом щодо майбутнього;
* психомоторна загальмованість;
* відчуття втоми або втрати енергії;
* помітне зменшення зацікавлення у власній активності;
* значне зменшення або неможливість відчувати задо­волення, приємні емоції;
* значне ослаблення апетиту та зниження маси тіла, що не пов’язано з дієтою (не менш ніж на 5 % упродовж місяця);
* порушення сну з переважанням надмірної сонли­вості;
* почуття власної меншовартості з безпідставним ­почуттям вини;
* значне зниження концентрації уваги, гостроти мислення, труднощі у прийнятті рішень (зокрема, у повсякденних справах);
* періодичні (повторні) думки про смерть, ­суїцидальні думки без окресленого плану вчинення самогубства або за наявності такого плану;
* спроби самогубства.

2. Тривожно-фобічний варіант депресивного розладу**:**

* депресивний настрій із необґрунтованою схвильова­ністю, невпевненістю в собі, важким ­переживанням невизначеності у майбутньому;
* відчуття значного та постійного неспокою, зосередже­­ність на скаргах, заглиблення у хворобливі переживання;
* значне зниження здатності довгострокової цілеспрямованої активності та зацікавлення у власній активності;
* значне зменшення або неможливість відчувати ­задоволення, приємні емоції;
* швидка втомлюваність;
* труднощі при зосередженні уваги;
* дратівливість;
* порушення сну з переважанням порушення ­процесу засинання, неспокійний сон із ранніми пробудженнями та/або відчуттям недостатності сну;
* надмірна напруженість м’язів;
* періодичні думки про смерть або суїцидальні ­думки без окресленого плану вчинення самогубства.

Для оцінювання ступеня тяжкості депресії у всіх пацієнтів використовували опитувальник здоров’я пацієнта PHQ-9.

Задля визначення характеристик СЖО в  дослі­дженні використовували відповідний тест.

Статистична оцінка результатів дослідження ­включала тест хі-квадрат Пірсона для категоріальних та ­незалежних даних для оцінювання розподілу обстежених ­пацієнтів у групах за нозологічною належністю і для оцінки показників тяжкості депресивного розладу, а також t-критерій Стьюдента в ­аналізі даних за тестом СЖО.

Загальне порівняння двох груп обстежених пацієнтів за нозологічною приналежністю виявило між ними ­статистично значущу відмінність. Як показано у ­таблиці 1, в Гр АА достовірно переважав помірний або важкий ­депресивний епізод (p < 0,01), а у Гр ТрФ – тривожно-депре­сивний розлад (p < 0,00).

Отримані дані підтвердили нашу гіпотезу про суттєву відмінність у механізмах патогенетичного формування даних двох варіантів депресивних розладів. А саме, ­значне переважання апато-­адинамічної симптоматики серед хворих Гр АА у вигляді тужливого настрою, апатії, адинамії як ознак великого ­депресивного епізоду в ­протиставленні з домінуванням тривожно-­депресивної, фобічної симпто­матики, ажитації у Гр ТрФ як симптомів тривожно-депре­сивного розладу.

Цікавою клінічною знахідкою було те, що депресивна реакція в межах розладу адаптації була виявлена приблизно у чверті випадків у кожній із груп без статис­тичного переважання (р > 0,05), але мала клінічні відмінності в проявах – із домінуванням апато-­адинамічних чи тривожно-фобічних симптомів від­по­відно.

Психометричне дослідження рівня відповідно за результатами тесту PHQ-9. не виявило значущої різниці в групах: середній бал в Гр АА становив 16,24 ± 4,69 ­балів, а в Гр ТрФ – 15,09 ± 4,9. Тобто обидві були ­гомогенними за цим показником (p = 0,418), попри ­суттєву різницю щодо нозологічної належності пацієнтів у групах.

Отже, дослідження виявило, що важкість виразності симптоматики не є значущим чинником диференційної діагностики цих варіантів депресивних розладів і не залежить від їх характеру (апато-­адинамічного чи тривожно-­фобічного).

Аналіз результатів тесту СЖО, завдяки якому досліджували психологічні характеристики пацієнтів, а саме їх ресурсні особистісні властивості, виявив ­суттєві відмінності в групах обстежених хворих із цими варіантами депресивних розладів.

Зокрема, важливим результатом дослідження було те, що в Гр АА значення показників були достовірно нижчими у співставленні з даними в Гр ТрФ (р < 0,01 щодо всіх критеріїв) як за значенням загального показника свідомості життя, так і за майже всіма субшкалами (­цілей, процесу, результативності та локусу контролю життя). Найнижчий рівень показників було зафіксо­вано за субшкалами процесу, результативності та локусу контролю «Я».

Ці дані засвідчили, що у пацієнтів з апато-­адинамічним варіантом депресивного розладу була наявна невдоволеність власним життям, яке не відчувалося ними емоційно-­наповненим – із відсутністю здатності до свободи власного вибору та спроможності контролю над власним життям із зневірою у свої сили. Усе це за своєю патогенетичною суттю відповідає механізмам формування апато-­адинамічної симптоматики при депресивних розладах. Тоді як у пацієнтів Гр ТрФ найнижчий рівень значень було зафіксовано у субшкалах локусу контролю «Я», резуль­тативності та процесу життя, при тому, що два ­останні були достовірно вищими, ніж у Гр АА.

За субшкалою локус контролю «Я» було виявлено найнижче значення в обох групах, і лише ці показники не мали статистичної різниці. Такі низькі значення в обох групах обстежених пацієнтів свідчили, що ­хворі на депресивний розлад як при класичній меланхолічній депресії з домінуванням апато-­адинамічних симптомів, так і при переважанні тривожно-фобічної ­симптоматики не здатні усвідомлювати мотиваційну основу власної активності та брати на себе відповідальність за свої дії.

Найвищий рівень показників було зафіксовано в Гр ТрФ за субшкалами цілі життя та локусу контролю життя з достовірним перевищенням їх значень по від­ношенню до Гр АА. Це вказувало, що у пацієнтів із тривожно-­фобічним варіантом депресивного розладу була збережена можливість ­використовувати такий психо­логічний ресурс, як прогностична цілеспрямованість власної ­активності, своєю чергою, це свідчило про їх певну здатність до самореалізації.

Аналіз та інтерпретація отриманих результатів за показниками СЖО співвідносилася з характеристиками пошукової активності, оскільки мотиваційні установки, які досліджує цей тест, відображають патерни ­поведінки, що є ознакою рівня її активації. Достовірно вищий рівень показника в Гр ТрФ за субшкалою цілей життя ­найбільше засвідчив, що активація пошукової ­активності була ­значно вищою у пацієнтів із цим варіантом депресивного розладу.

Вочевидь, нижчий рівень пошукової активності у хворих Гр АА, що зафіксував найнижчі показники за субшкалами процесу життя, результативність життя та ­локус контролю «Я», ­базувався на притаманній «вітальній неспроможності» з переконаністю у відсутності сенсу власних дій у хворих із виразними апато-­адинамічними симптомами.

Отримані дані можуть бути застосовані для виокремлення фокус-мішеней при застосуванні психотерапевтичного втручання чи медико-психологічної корекції різних варіантів депресивних розладів. Так, значно кращі показники СЖО у пацієнтів у Гр ТрФ можуть бути зумовлені тривожністю як патологічним, але адаптивним механізмом надмірної орієнтації.

Цей механізм є психологічним ресурсом активації пошукової активності як запуску механізмів пошуку можливостей вирішення проблем чи опанування власного стану при його використанні особистістю. Саме тому при проведенні психотерапевтичних заходів у пацієнтів із тривожно-фобічним варіантом ­депресивного розладу одним із завдань має бути переорієнтація надмірної хаотичної активності пацієнта з невпевненістю в собі на адаптивне русло, завдяки наявності збережених ­психологічних ресурсів щодо пошукової активності.

Тоді як при наданні психотерапевтичної чи медико-­психологічної допомоги хворим з апато-­адинамічним ­варіантом депресивного розладу важливо враховувати в роботі їх знижений рівень внутрішніх особистісних ­ресурсів та адаптивних можливостей, зокрема низький ­рівень пошукової активності

Отже, важливим фокусом роботи із цими хворими має бути акумулювання «психологічних сил» на тлі зосеред­ження особистості на підвищенні рівня осмисленості життя, зокрема подолання наслідків минулого негативного досвіду і використання актуальних можливостей у теперішньому часі та майбутньому. Але йдеться саме про комплексну терапію пацієнтів із ­будь-яким варіантом депресивного розладу, основою якої є психофармако­терапія, що відповідає наявним протоколам їх ­лікування з призначенням анти­депресантів, насамперед, групи інгібіторів зворотного захоплення серо­тоніну (чи серотоніну та норадреналіну) у відпо­від­них дозах, адекватних стану хворих.

За результатами проведеного дослідження можна стверджувати, що метою подальших наукових робіт має бути порівняльне вивчення ефективності ­застосування різних психотерапевтичних методик у комплексній ­терапії згаданих двох варіантів депресивних розладів із переорі­єнтацією або активізацією адаптивних особис­тісних ресурсів, а саме пошукової активності.

Клінічні ознаки депресивних розладів суттєво ­відрізнялися у хворих залежно від того, чи переважала апато-­адинамічна та тривожно-фобічна ­симптоматика, що співвідносилося з їх нозологічною приналежністю. Так, у хворих із переважанням апато-адинамічної симпто­матики переважно діагностували депресивний епізод (73,7 %), тоді як у хворих із домінуванням тривожно-­фобічної симптоматики нозо­логії без статистичної значущої різниці розподілилися між депресивним епізодом, депресивною ­реакцією та тривожно-депресивним роз­ладом. Хоча між двома досліджуваними групами не спостерігалася статистично значуща відмінність за тяж­кістю депресивних проявів (середній бал за PHQ-9: 16,24 ± 4,69 для апато-адинамічного та 15,09 ± 4,9 – для тривожно-фобічного варіантів), тим не менш, у групі паці­єнтів із переважанням тривожно-фобічних симптомів зберігався більший розкид показників її виразності, що свідчило про клінічну неоднорід­ність згаданої ­групи хворих.

Досліджені відмінності у показниках діагнос­тичних шкал (за тестом СЖО) зафіксували ­достовірно нижчі ­показники у шкалах наявності мети у житті, ­зацікавленості та задоволеності життям, а також можливості контро­лювати власне життя в групі хворих із переважанням апато-­адинамічних симптомів при депресивних розладах ­порівняно з пацієнтами, у яких домі­нували тривожно-­фобічні симптоми. Рівень показників відповідно до субшкал, які пов’язуються з пошуковою активністю, були достовірно вищими в групі ­тривожно-фобічної симптоматики.

За отриманими результатами дослідження виявлено необхід­ність зосередження психотерапевтичного втру­чання та медико-­психологічної корекції на активації ­пошукової активності з адаптивною переорієнтацією цілеспрямованої пове­дінки пацієнтів, у яких переважає ­тривожно-фобічна симптоматика при депресивних розладах. А для хворих із домінуванням апато-адинамічних симптомів при проведенні психо­корекційного чи психо­терапевтичного ­втручання його основним фокусом має бути активізація загального ­рівня особистісних ресурсів зі спрямованістю на підвищення рівня осмисленості ­власного життя.

**1.2. Характеристика соціальної підтримки осіб з депресивними розладами**

Депресивні розлади є однією з найбільш актуальних медичних і соціальних проблем сучасності [5, 13, 16].

Їм притаманна значна поширеність, що складає від 5% до 17% [6], а ймовірність розвитку депресивного розвитку протягом життя сягає 30% [17].

Уже сьогодні великий депресивний розлад посідає третє місце за масштабами економічного тягаря серед усіх хвороб, а до 2030 року, за прогнозами експертів, вийде на перше місце [12, 15].

Депресивні розлади характеризуються високим рівнем хронізації: ризик рецидиву після першого епізоду депресії складає 50%, після другого - 70%, після третього - 90% [1].

Депресія тісно пов'язана з психосоціальною дезадаптацією, зниженням соціального функціонування та якості життя пацієнтів [7, 20], причому ці порушення виявляються не лише у гострій та підгострій фазі захворювання, а й під час ремісії [3].

Психосоціальна дезадаптація при депресії поширюється на різні сфери діяльності пацієнта [8] і супроводжується суттєвим погіршенням якості життя пацієнтів [14].

При цьому, попри активізацію досліджень різних клінічних і соціально-психологічних аспектів депресій, ця патологія лишається недооціненою і недостатньо керованою, що визначає актуальність пошуку шляхів психосоціальної адаптації пацієнтів, яка відіграє важливу роль у кінцевому результаті лікування, визначаючи якість і тривалість ремісій [10].

Спрямування зусиль на психосоціальну реабілітацію та реадаптацію пацієнтів з депресивними розладами допомагає також зменшити терапевтичну резистентність депресій і покращити загальний результат лікування [19].

З урахуванням цього, дослідження особливостей психосоціального функціонування, зокрема, соціальної підтримки з боку різних груп мікросоціального оточення пацієнтів з депресивними розладами, мають важливе теоретичне та практичне значення, а їх результати можуть бути використані для покращення існуючих схем комплексного лікування та реабілітації пацієнтів з депресіями.

З дотриманням принципів біомедичної етики на підставі інформованої згоди нами було клінічно обстежено 45 пацієнтів з депресивними розладами, які зверталися за консультативно-лікувальною допомогою.

Критерієм включення до дослідження було встановлення діагнозу депресивного розладу відповідно до критеріїв МКХ-10 (коди F 31.3, F 31.4, F 32.0, F 32.1, F 32.2, F 33.0, F 33.1, F 33.2).

Середній вік обстежених становив 33,6±11,2 роки, середня тривалість захворювання на момент обстеження 5,0±5,6 років.

Усі обстежені були розподілені нами на три групи залежно від віку на момент обстеження: до 30 років (чисельністю 38 чоловіків і 51 жінка), 30-44 роки (чисельністю 46 чоловіків і 53 жінки) та 45 років і старші (чисельністю 23 чоловіка і 34 жінки).

Обстеження проведено з використанням багатовимірної шкали сприйняття соціальної підтримки (MSPSS) D. Zimet в модифікації В.М. Ялтонського та Н.А. Сироти [9].

Статистичний аналіз даних проводився з використанням ліцензійного пакету прикладних програм Statistica 13 (StatSoftInc., США).

Оцінка характеру розподілу кількісних ознак проводилася за допомогою тесту Шапіро-Уїлка.

Міжгруповий аналіз розбіжностей проводився за допомогою непараметричного тесту Манна-Уїтні.

Кореляційний аналіз виконано з використанням непараметричного методу рангових кореляцій Спірмена.

Прийнятним вважали рівень статистичної значущості кореляцій р≤0,05).

Чоловіки середньої вікової групи також продемонстрували нижчі показники у порівнянні з жінками, але гендерні розбіжності виявилися статистично не значущими (p>0,05): за соціальною підтримкою з боку сім'ї - 1,41±0,83 балів проти 1,55±1,03 балів; друзів - відповідно 1,50±0,98 балів проти 1,89±1,20 балів, значущих інших - 1,50±1,21 балів проти 1,32±0,96 балів, за загальним показником соціальної підтримки - відповідно 4,41±2,24 балів проти 4,75±2,17 балів.

Показники соціальної підтримки у старшій віковій групі (45 років і старші) виявилися найнижчими серед усіх груп, вони значуще (p≤0,05) нижчі, ніж у середній (за винятком соціальної підтримки з боку друзів у чоловіків і у жінок, соціальної підтримки з боку значущих інших у чоловіків, де виявлено значущі (p≤0,05): за соціальною підтримкою з боку сім'ї - 0,96±0,77 балів проти 1,38±1,18 балів; з боку друзів - відповідно 1,04±0,64 балів проти 1,32±0,91 балів; з боку значущих інших - відповідно 0,78±0,85 балів проти 1,15±0,82 балів.

Загалом, чоловіки зазначили більш високий рівень соціальної підтримки з боку друзів та значущих інших осіб, тоді як жінки - з боку сім'ї та друзів. Кореляційний аналіз дозволив встановити наявність значущих кореляцій між показниками виразності психопатологічної симптоматики, адаптивності, життєстійкості та якості життя і показником соціальної підтримки. Показник соціальної підтримки виявився пов'язаним зворотним кореляційним зв'язком помірної (rS від 0,3 до 0,7) і слабкої (rS до 0,3) сили з показниками особистісної (rS =-0,193) та реактивної (rS =-0,478) тривожності за шкалою C. Spilberger, з показниками соматизації (rS =-0,269), обсесивно-компульсивної симптоматики (rS =-0,232), міжособистісної сенситивності (rS =- 0,260), депресії (rS =-0,541), тривожності (rS =-0,267), ворожості (rS =-0,551), фобічної тривожності (rS =-0,241), параноїдної симптоматики (rS =-0,353) та психотизму (rS =- 0,132) за опитувальником виразності психопатологічної симптоматики Symptom Check List-90-Revised. Прямі кореляційні зв'язки переважно помірної сили виявлені між показником соціальної підтримки та показниками адаптації (rS =0,441), самоприйняття (rS =0,354), прийняття інших (rS =0,343), емоційного комфорту (rS =0,406), інтернальності (rS =0,378) та прагнення до домінування (rS =0,221) за методикою діагностики соціально-психологічної адаптації C. Rogers et R. F. Dymond у модифікації О. К. Осницкого; з показниками за шкалами суб'єктивного благополуччя / задоволеності (rS =0,413), виконання соціальних ролей (rS =0,405), зовнішніх життєвих умов (rS =0,401) та інтегральним показником якості життя (rS =0,443) за методикою оцінки якості життя Mezzich et al. (1999) в адаптації Н. О. Марути; з показниками залученості (rS =0,515), контролю (rS =0,444), прийняття ризику (rS =0,332) та сумарного показника життєстійкості (rS =0,516) за тестом життєстійкості S. Maddi.

Одержані у дослідженні дані щодо невисокого рівня соціальної підтримки пацієнтів з депресивними розладами можуть розглядатися як один з проявів стигматизації, притаманної сучасному суспільству; причинами цього явища є насамперед недостатня обізнаність населення щодо поширеності, причин, наслідків психічних розладів взагалі й афективної патології зокрема, викривлене уявлення щодо адекватності та соціальної небезпеки пацієнтів з психічними розладами, а також вкрай низький показник звернень за психіатричною допомогою і недостатня поінформованість про сучасні можливості лікування афективних розладів.

Загалом, найбільш високими серед соціального оточення пацієнтів виявилися оцінки соціальної підтримки з боку друзів, дещо меншими - з боку сім'ї, і найменшими - з боку значущих інших осіб (за винятком чоловіків середньої вікової групи, де найнижчою виявилася підтримка з боку друзів).

Такі закономірності, на наш погляд, можуть бути пояснені тим, що коло друзів пацієнтів з депресивними розладами є вельми обмеженим, і, як правило, складається з осіб, які вже пристосувалися до психологічних особливостей пацієнта, прийняли його захворювання і виробили певний патерн поведінки, який влаштовує і їх і пацієнта.

Дещо нижчі показники соціальної підтримки з боку родичів можуть бути пояснені тим, що родичі, на відміну від друзів, змушені постійно перебувати у тісному контакті з пацієнтом.

Наявність у сім'ї пацієнта з психічними розладами є потужним психоемоційним стресом; доведено, що родичі таких пацієнтів мають серйозні психологічні проблеми і розлади адаптації [18], тож закономірно, що ці проблеми відбиваються на відносинах з пацієнтом і на оцінці ним рівня соціальної підтримки з боку сім'ї.

Щодо найнижчих оцінок соціальної підтримки з боку значущих інших, то тут, на нашу думку, вирішальну роль відіграють прояви стигматизації та соціального остракізму по відношенню до осіб з психічними розладами; упереджене ставлення з боку оточуючих не залишається не поміченим пацієнтами, і впливає на їх оцінку рівня соціальної підтримки.

Очевидно, що до розв'язання проблеми стигматизації осіб з психічними розладами та формування в суспільстві адекватного ставлення до них стан соціальної підтримки пацієнтів залишатиметься недостатнім.

Щодо гендерних відмінностей у показниках соціальної підтримки, то гірші показники у чоловіків можуть бути пояснені як статеворольовими соціальними моделями, які передбачають загалом більшу соціалізацію жінок, притаманні їм більш широке коло соціальних зв'язків та більшу потребу в них, так і безпосереднім впливом захворювання.

Тенденція до погіршення рівня соціальної підтримки з віком також узгоджується з виявленою у інших дослідженнях тенденцією до посилення депресивних проявів (а також більшості інших психопатологічних феноменів) з віком [2, 4, 11]; крім того, на неї також впливає загальне зменшення соціальної активності і кола соціальних контактів з віком.

Виявлені закономірності можуть бути враховані при розробці лікувально-реабілітаційних і профілактичних заходів при депресивних розладах.

Пацієнтам з депресивними розладами притаманний невисокий рівень соціальної підтримки з боку сім'ї, друзів та значущих інших осіб.

Рівень соціальної підтримки зменшується з віком, особливо суттєво у віці понад 45 років, що може бути пов'язане із прогредієнтністю депресивного процесу.

У чоловіків рівень соціальної підтримки як в цілому, так і з боку різних мікросоціальних груп - сім'ї, друзів та значущих інших - є нижчим у порівнянні з жінками, що може бути результатом як впливу гендерних психосоціальних моделей, так і наслідком більш важкого перебігу депресивних розладів у чоловіків.

Рівень соціальної підтримки пацієнтів з депресією зворотно корелює з важкістю психопатологічної симптоматики, і прямо - з рівнем психосоціальної адаптації, життєстійкості та якості життя пацієнтів; кореляційний зв'язок переважно помірної сили.

**1.3. Аналіз сучасних депресивних розладів, поєднаних з суїцідальною поведіекою у жінок**

Проблема депресивних розладів є однією з найбільш актуальних проблем для теорії і практики сучасної психіатрії [1].

Значна поширеність депресивних розладів, їх негативний вплив на працездатність та висока суїцидонебезпечність є однією з найгостріших медико-соціальних проблем [2].

Згідно останніх епідеміологічних досліджень, збільшення рівня депресивної патології обумовлено, перш за все, зростанням непсихотичних форм депресивних розладів, характеризуються переважанням діагностично складних «маскованих» форм з затяжним перебігом.

Завдяки «перекриванню» симптомів депресії проявами соматичного захворювання, депресивні порушення своєчасно не діагностуються і становлять особливу небезпеку [3].

В Україні реєструється зростання захворюваності та розповсюдженості депресивних розладів переважно непсихотичного регістру (на 54,4 % та 69,8 % відповідно за 10 років).

Депресивні розлади спричиняють суттєві економічні збитки суспільству через зниження інтелектуальної, фізичної, професійної активності хворих, їх непрацездатності, соціальної дезадаптації, погіршення якості життя самих хворих та їх близьких [4, 5].

Одним з найбільш драматичних медико-соціальних наслідків депресивних розладів є суїцид.

У сучасних дослідженнях встановлено, що саме депресивним розладам притаманний найбільш високий суїцидальний ризик серед усіх психічних та поведінкових розладів.

Проаналізовано клініко-психопатологічну симптоматику депресивних розладів поєднаних з суїцидальною поведінкою у жінок молодого віку. Виділено тривожний, туждивий, астено-апатичний і меланхолійний варіанти депресивних розладів.

Доведено, що для жінок хворих на депресивні розлади поєднані з суїцидальною поведінкою притаманні: високий рівень суїцидального ризику, низький рівень самоусвідомлення смерті, високий рівень ангедонії, важка тривога і депресія за шкалою Гамільтона, великий депресивний епізод за шкалою Монтгомері – Айсберга

Хворі на депресивні розлади в 30 разів частіше скоюють суїциди, ніж особи, які не страждають на депресії.

Тому смертність серед хворих на депресивні розлади є дуже високою та незначно відрізняється від такої при серцево-судинних захворюваннях [7, 8].

Для досягнення поставленої мети на базі було проведено комплексне обстеження жінок, у віці 25–65 років (середній вік 43,0±2,0 роки) у яких було діагностовано депресивні розлади: депресивна реакція – 42,8 %; депресивний епізод (помірний та важкий) – 35,1 %, рекурентний депресивний розлад – 22,1 %.

Основну групи склали хворі з ознаками суїцидальної поведінки, контрольну – хворі без ознак суїцидальної поведінки. Групу порівняння склали психічно здорові особи.

У роботі було використано наступні методи обстеження: клініко-психопатологічний, який базувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження шляхом інтерв’ювання та спостереження.

Опитування здійснювалось із застосуванням критеріїв МКХ-10.

Клініко-анамнестичне дослідження включало структуроване інтерв’ю із вивченням чинників ризику розвитку депресивних розладів та суїцидальної поведінки.

Психодіагностичний метод включав використання клінічних шкал тривоги і депресії Гамільтона (M. Hamilton, 1967), адаптованих до МКХ-10 (Г. П. Пантелеєва) (HDRS); шкали Монтгомері-Айсберга (Montgomery SA, Asberg M.), адаптованої до МКХ-10 (Guelfi GD) (MADRS); методики «Спосіб визначення суїцидального ризику» (Гавенко В. Л., Сінайко В. М., Соколова І. М.); шкали визначення рівня ангедонії SHAPS (Snaith – Hamilton Pleasure Scale).

Математико-статистична обробка результатів дослідження проводилась з використанням пакетів спеціалізованого програмного забезпечення (Statistica 6.0, MS Excel) з використанням методики t-критерію Ст’юдента., отримані результати представлені у вигляді середнього значення ± похибка середньої арифметичної.

Отримані в ході аналізу клініко-анамнестичного дослідження дані дозволили нам виділити основні психотравмуючі ситуації, що призводили до розвитку або декомпенсації депресивних розладів та формуванню суїциадальної поведінки: ситуації втрати (44,3 % обстежених), ситуації, що раптово порушують основні спрямованості особистості, вимушена міграція, порушення життєвих цілей і планів (43,5 %); ситуації раптового травмуючого впливу, що торкаються особливо чутливих сторін особистості (35,2 %); ситуації тривалої психічної напруги (21,6 %).

У ряді випадків (25,6 %) відзначалося поєднання декількох психотравмуючих ситуацій.

Як показали результати дослідження, провокуючим фактором виникнення суїцидальної поведінки було зловживання алкоголем – 58,2 % суїцидальних спроб були скоєні у стані алкогольного сп’яніння.

У клінічній картині депресивних розладів у обстежених хворих найбільш часто спостерігаються пригніченість настрою та афект туги (75,8 %), внутрішня напруга із неможливістю розслабитися, невмотивоване занепокоєння, тривога, (71,2 %), психомоторна загальмованість (25,8 %), ідеї самозвинувачення, відчуття провини (67,8 %), відчуття власної непотрібності, малоцінності (73,1 %), звуження кола інтересів (82,6 %), різного роду страхи і нав’язливі спогади психотравмуючої ситуації (64,2 %), підвищена образливість, чутливість щодо критики на свою адресу (29,8 %), астенічні симптоми (45,9 %), погіршення пам’яті (38,9 %), зниження концентрації уваги (61,2 %), психічна стомлюваність (71,2 %).

Як показали результати клініко-психопатологічного дослідження у структурі депресивних розладів: переважали тривожний (45,4 % хворих основної та 32,1 % контрольної груп) та тужливий (35,2 % і 36,3 % відповідно) варіанти, у діагностовано 7,1 % хворих основної і 18,2 % контрольної груп астено-апатичний та 12,3 % і 13,4 % відповідно меланхолійний варіант.

При тривожному варіанті депресії відзначається домінування загального тривожного фону у поєднанні з зниженим тлом настрою, пригніченість, дратівливість, гіперестезія, почуття туги, внутрішнього напруження, занепокоєння з неможливістю розслабитися, моторне занепокоєння.

Відзначалася важка або помірно виражена тривога і депресія за шкалою Гамільтона, великий або помірний депресивний епізод за шкалою Монтгомері – Айсберга, високим рівнем суїцидального ризику за відповідною шкалою.

Тужливий варіант протікав на тлі зниженої активності і гіпобуліі та характеризувався афектом туги і тривоги, різноманітними страхами і побоювання, нічними жахами та містив у собі поряд з важкою або помірно вираженою тривогою і депресією за шкалою Гамільтона, великим або помірним депресивним епізодом за шкалою Монтгомері – Айсберга, високим рівнем суїцидального ризику.

Астено-апатичний містив у собі поряд пригніченістю настрою, підвищену стомлюваність, млявість, відчуття виснаження, гіперстезії, психомоторну загальмованість, Гамільтона, їх субклінічними проявами по лікарняній шкалі, помірним депресивним епізодом за шкалою Монтгомері – Айсберга та характеризувався помірним рівнем суїцидального ризику.

Меланхолійний варіант характеризувався зниженим тлом настрою, афектом туги, частими лакримальними реакціями, думками про власну малоцінність, ідеями самозвинувачення і самознищення, психомоторною загальмованістю, іпохондричними проявами, соматовегетативними розладами.

Депресивні і тривожні розлади в рамках легкого епізоду за шкалою Гамільтона, і помірним депресивним епізодом за шкалою Монтгомері – Айсберга, для цього варіанту був притаманний помірний або низькій рівень суїцидального ризику.

Як показали результати клініко-анамнестичного дослідження, у 43,2 % обстежених основної групи відмічалося суїіцидальна поведінка в минулому, у 19,6 % здійснювали суїцид; 31,2 % родичів хворих основної групи та 11,1 % групи контролю страждали на депресивні розлади які потребували лікування у психіатричній лікарні. Як показали результати дослідження для всіх обстежених жінок притаманний високий рівень ангедонії (знижена здатність отримувати задоволення), при цьому у обстежених основної групи показники шкали SHAPS були більш високими (12–14 балів) у порівнянні з групою контролю (9–12 балів)

Отримані у ході роботи дані свідчать про те, що чинниками ризику формування суїцидальної поведінки у жінок хворих на депресивні розлади є нездоланній особистісній конфлікт, високий рівень тривоги, низька комунікативність, замкнутість, негативна оцінки подій, підвищена чутливість, вразливість, відсутності соціальної підтримки.

Як показали результати дослідження, прогностично значущими у формуванні суїцидальної поведінки жінок з депресивними розладами є тривожний та тужливий варіанти депресивних розладів, високі показники за клінічними шкалами тривоги і депресії, високий рівень суїцидального ризику, обтяжений суїцидологічний анамнез.

Базисом для формування суїцидальної загрози є високий рівень ангедонії, внутрішньої напруги з неможливістю розслабитися, імпульсивність, проблеми міжособистісних комунікацій.

Отримані дані, щодо специфіки депресивних розладів асоційованих з суїцидальної поведінкою у жінок корелюють з даними вітчизняних дослідників [9, 10] та свідчать про необхідність подальшого вивчення специфіки депресивних розладів поєднаних із суїцидальної поведінкою у жінок в сучасних умовах.

Вивчення клініко-психопатологічних особливостей депресивних розладів поєднаних з суїцидальною поеведінкою є важливим для практичній роботи лікаря загальної практики, оскільки дозволяє диференційовано прогнозувати можливість виникнення суїцидальної поведінки для визначення оптимальної схеми її корекції та профілактики.

Для жінок хворих на депресивні розлади із суїцидальною поведінкою характерні тривожний, тужливий, астено-апатичний і меланхолійний варіанти депресивних розладів.

Хворим з тривожним та астенічним варіантами депресії притаманний високий рівень суїцидального ризику.

Для жінок, хворих на депресивні розлади поєднані з суїцидальною поведінкою притаманні високий рівень суїцидального ризику, низький рівень самоусвідомлення смерті, високий рівень ангедонії, клінічні прояви тривоги і депресії за госпітальною шкалою, важка тривога і депресія за шкалою Гамільтона, великий депресивний епізод за шкалою Монтгомері – Айсберга.

**РОЗДІЛ 2**

**ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ особливостей психосоціальної реабілітації осіб з депресивними розладами**

**2.1. Дизайн дослідження та характеристика вибірки**

Дизайн дослідження був розроблений, виходячи з гіпотези роботи, яка була сформована наступним чином: взаємовпливи між феноменами депресивного розладу (ДР) і психосоціальної дезадаптації (ПД) у жінок, замість лінійного причиннонаслідкового зв’язку, мають спіральний характер їх розвитку і варіативності, а процес формування і прогресування ПД в умовах подвійної коморбідності з ДР, відбувається в умовах їх конгруентно-кумуляційного ефекту, дія якого визначає клінічну специфічність проявів депресії й клініко-психологічних виявів ПД, які частково є генезо- і нозоспецифічними щодо ДР та асоційованими з ПД, а частково детермінуються відповідними персонологічними, поведінковими й соціально-психологічними патернами.

Відповідно до сформульованої гіпотези, дослідження мало 4-х етапну структуру.

На першому етапі відбувалася розробка і верифікація психодіагностичного інструменту комплексної оцінки ступеню і структури ПД у різних сферах, що забезпечило вивчення феномену ПД у жінок з ДР на новому, більш якісному рівні.

Враховуючи складність взаємовпливів вивчаємих феноменів, стратифікація хворих на групи мала тривекторну структуру: відповідно до завдань дослідження, критеріями розподілу на групи ставали:

а) ґенез депресивного розладу (в такому випадку здійснювали порівняльний аналіз показників між трьома групами),

б) ступінь ПД (у даному випадку мова йшла про аналіз даних групи жінок без базових ознак ПД, та тих, в кого ці ознаки були встановлені),

в) ґенез ДР та ступінь макро-, мезо-, мікро- ПД (в таких умовах проводили порівняльний аналіз груп хворих).

На другому етапі роботи здійснювали аналіз клініко-психопатологічних проявів депресії у жінок з ПД, причому робили це за двомірним виміром: проводили дослідження специфіки ПД залежно від ґенезу ДР, та аналізували прояви ДР залежно від структури і вираженості ПД.

Третій етап був присвячений аналізу персонологічних і поведінкових патернів та психосоціального функціонування жінок з ДР різного ґенезу та вираженості і структури ПД.

При цьому аналізу піддавали стан таких показників, як: -алекситимія; -внутрішня картина хвороби;

- копінговий репертуар;

- ціннісно-особистісна сфера;

- соціально-психологічна адаптація/дезадаптація;

- соціальна підтримка;

- сімейна тривога;

- якість життя.

На четвертому етапі дослідження відбувалось обґрунтування, розробка, впровадження й визначення ефективності системи персоніфікованої психодіагностики і реабілітації жінок з ПД та ДР.

Всього в дослідження було включено 52 жінки, яким був встановлений діагноз ДР відповідно до чинних нормативних документів.

З урахуванням ґенезу депресії, в дослідження були включені особи з ДР психогенного ґенезу (пролонгована депресивна реакція, зумовлена розладом адаптації), жінки з ендогенною депресією (депресивний епізод; рекурентний депресивний розлад; біполярний афективний розлад, поточний епізод депресії) та жінки з ДР органічного ґенезу (органічні афективні розлади).

З урахуванням поєднання ґенезу депресії та ступеню макросоціальної, мезосоціальної та мікросоціальної ПД, було виділено групи досліджуваних.

Крім того, на першому етапі роботи, для верифікації методики комплексної оцінки ступеню і структури ПД, в якості групи порівняння (ГП), в дослідження було включено 15 здорових жінок без психіатричного анамнезу.

Серед жінок з ДР більше половини (55,2%) було у віці від 28 до 38 років; 22,5% – від 18 до 28 років, 17,5% – від 38 до 48 років, 4,8% були у віці 48 і більше років.

За віком початку захворювання на ДР жінки мали наступний розподіл: у 57,1% випадках депресія виникла у віці від 18 до 28 років, у 34,1% - від 28 до 38 років, у 6,0% - від 38 до 48 років, у 2,8% – від 48 і старше. 69,0% жінок отримали виховання у повній сім’ї, 27,4% – неповній, 3,6% були сиротами.

Переважна більшість обстежених – 63,9% – мали середню освіту; вищу освіту мали 29,4%, незакінчену середню – 6,7%. 67,5% хворих жінок були містянками, 32,5% проживали у сільській місцевості.

Інтелектуальною працею займалися 36,5% обстежених, фізичною працею – 30,6%; 17,1% були безробітними, 12,7% – домогосподарками, 3,2% – пенсіонерками.

Майже половина обстежених – 49,2% свій рівень доходу вважали низьким, середнім – 43,7%, високим – 7,1%. 59,5% проживали у шлюбі, 29,0% були розлучені або вдовами, 11,5% знаходились у юридично неоформлених стосунках.

З загальної кількості обстежених 30,2% мали шкідливу звичку у вигляді тютюнопаління, 2,4% – вживали алкоголь.

При виконанні роботи застосовували соціально-демографічний, клініко-психопатологічний та психодіагностичний методи дослідження.

При психодіагностичному дослідженні були використані наступні методики:

а) для оцінки варіативності і вираженості афективної і загальної психопатологічної симптоматики – шкали депресії і тривоги М. Гамільтона (за В.С. Підкоритовим) та опитувальник виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R Л. Дерогатіс (за Н.В. Тарабріною);

б) для вивчення персонологічних і поведінкових патернів застосовували Торонтську шкалу алекситимії (за А. В.Батаршевим); методику ТОБОЛ для психологічної діагностики типів ставлення до хвороби (Л.І. Вассерман та ін.); методику вивчення ціннісних орієнтацій у модифікації О.Б. Фанталової, що виявляє дезінтеграцію у мотиваційно-особистісній сфері, ступінь невдоволення поточною життєвою ситуацією, внутрішню конфліктність, блокаду основних потреб, а також рівень самореалізації, інтегрованості та гармонії (Фанталова О.Б.); опитувальник «Способи долаючої поведінки» S. Folkman and R. Lazarus в адаптації Т.Л. Крюкової;

в) для ідентифікації особливостей психосоціальної сфери використовували методику оцінки соціальнопсихологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонд (Фетискін М.П., Козлов В.В., Мануйлов Г. М.); шкалу сприйняття соціальної підтримки MSPSS Д. Зімета в адаптації В.М. Ялтонського, Н.О. Сироти (за Б.Д. Карвасарським); опитувальник якості життя Н. Mezzich (за Н.О. Марутою); опитувальник «Аналіз сімейної тривоги» Е. Ейдеміллера і В. Юстицькіса (за Н.І. Оліфірович).

Статистико-математична обробка даних дослідження здійснювалася за допомогою сучасних методів параметричного і непараметричного статистикоматематичного аналізу.

Статистичному аналізу кількісних ознак передувало дослідження характеру розподілу, що проводилося з використанням тестів Колмогорова-Смирнова, Ліллієфорса та Шапіро-Уїлка.

У разі розходжень у даних тестів, референтним вважався тест Шапіро-Уїлка.

Аналіз розбіжностей кількісних ознак з нормальним або наближеним до нормального розподілом проводився з використанням параметричного t–критерію Стьюдента, включаючи обчислення t–критерію Стьюдента з роздільними оцінками дисперсій та обчислення критерію Левена для виключення фактору нерівності дисперсій розподілу ознак.

Аналіз розбіжностей у показниках з відмінним від нормального характером розподілу проводився за допомогою непараметричного теста Манна-Уїтні. Аналіз розбіжностей категорируваних ознак у чотирипільних таблицях здійснювався за допомогою точного критерію Фішера (одно- та двостороннього).

У таблицях співпряженості міжгруповий аналіз розбіжностей ознак проводився за допомогою критерію χ2 Пірсона, а у разі малої кількості спостережень в окремих групах для покращення апроксимації статистики χ2 та усунення випадкових впливів застосовувалася поправка Йєтса.

Аналіз міри співпряженості ознак проводився за допомогою непараметричного методу рангової кореляції Спірмена.

**2.2. Визначення особливостей психосоціальної реабілітації осіб з депресивними розладами**

На початку роботи було створено і верифіковано психодіагностичну методику комплексної оцінки ступеню і структури ПД у різних сферах, яка дозволяє виокремити та оцінити стан її ключових компонентів.

В якості прототипу було обрано 4-х бальну анкету для визначення трудової, міжособистісної та особистісної дезадаптації, розроблену Н.К. Ліпгарт та анкету вивчення структури психосоціальної дезадаптації у жінок, які страждають на невротичні розлади, запропоновану Л.О. Герасименко, А.М. Скрипніковим.

Методика охоплює три основних кластери психосоціального функціонування: макросоціальний (передбачає оцінку соціально-економічної та соціально-інформаційної дезадаптації); мезосоціальний (передбачає оцінку соціально-професійної та міжособистісної дезадаптації); та мікросоціальний (передбачає оцінку сімейної та батьківської дезадаптації).

Кількісна оцінка вираженості психосоціальної дезадаптації за кожною сферою визначається амплітудою показників від відсутності дезадаптації, через легку і помірну, до дезадаптації вираженого ступеню.

Під соціально-економічною дезадаптацією ми розуміли порушення адаптації індивіда у соціальному середовищі під впливом майнових, економічних та фінансових чинників.

Під інформаційно-соціальною дезадаптацією розумілося порушення адаптації індивіда у соціальному середовищі під впливом інформаційних чинників.

Під соціально-професійною дезадаптацією розумілося порушення адаптації індивіда у соціальному (виробничому) середовищі та реалізації професійних функцій, пов’язане з впливом психосоціальних факторів.

Під міжособистісною дезадаптацією ми розуміли порушення інтерперсональної взаємодії, мікросоціальних стосунків та формування соціальних зв’язків.

Під сімейною дезадаптацією розумілося порушення сімейного функціонування та порушення адаптації у соціальному середовищі під впливом сімейних стосунків.

Під батьківською дезадаптацією ми розуміли порушення виконання батьківських функцій і порушення соціального функціонування у зв’язку з виконанням батьківських обов’язків.

Крім оцінки за кожною зі сфер, проводилося обрахування інтегрального показника макросоціальної, мезосоціальної та мікросоціальної дезадаптації, який визначався як сума показників за відповідними сферами, а також інтегрального показника психосоціальної дезадаптації, що визначався як сума показників за всіма сферами психосоціального функціонування.

Кожна сфера оцінювалася 10 питаннями.

Мінімальна можлива оцінка за кожною сферою – 10 балів (максимальна адаптація), максимальна – 50 балів (максимальна дезадаптація).

Оцінку за кожним з питань пропонується проводити за п’ятибальною шкалою.

Така шкала проста в оцінці, інтуїтивно зрозуміла обстежуваному незалежно від рівня інтелекту та освіти, достатньо варіативна і охоплює весь спектр можливих варіантів ставлення до питання.

Варіанти відповідей на кожне питання:

абсолютно не згоден – 1 бал;

скоріше не згоден – 2 бали;

і так, і ні – 3 бали;

скоріше згоден – 4 бали;

абсолютно згоден – 5 балів.

Показник (за окремою сферою психосоціального функціонування) менше 19 балів трактувався нами як відсутність ознак дезадаптації даної сфери. Відповідно, інтегральний показник за видом дезадаптації (макро-, мезо-, мікросоціальна) менше 38 балів, свідчив про її відсутність.

Якщо респондентка мала показник більше 20 балів хоча б за одною з психосоціальних сфер життєдіяльності, це було свідоцтвом наявності дезадаптації.

При цьому показник за шкалою в межах 20-29 балів розцінювався як ознаки ПД легкого ступеню, показник у межах 30-39 балів – як ознаки дезадаптації помірного ступеню, показник у 40 і більше балів – дезадаптації вираженого ступеню.

При аналізі особливостей ПД в залежності від ґенезу ДР була виявлена чітка закономірність: важкість ПД була найменшою при психогенному характері депресії, більш важкою при ендогенному та найважчою – при органічному її ґенезі.

Показники ПД були вищими і при відсутності клінічно окреслених ознак дезадаптації, і в групі обстежених з наявністю ПД.

Для верифікації запропонованої шкали ПД, було здійснено порівняльний аналіз показників за окремими шкалами та інтегральними кластерами у хворих на ДР різного ґенезу з ознаками та відсутністю ознак дезадаптації, з ГП.

Порівняння показників у ГП з показниками групи хворих на ДР дозволило встановити значуще вищі показники ПД у хворих на ДР за всіма окремими сферами та інтегральними кластерами запропонованої шкали.

Також було проведено співставлення показників за запропонованою шкалою ПД у психічно здорових осіб та хворих на ДР з ознаками ПД та з відсутністю таких ознак.

Отже, у хворих на ДР, незалежно від вираженості ознак ПД, її показники за окремими шкалами та інтегральними кластерами були значуще більшими, ніж у здорових осіб.

Водночас, показники у хворих без ознак ПД були суттєво ближчими до показників психічно здорових осіб, ніж до показників хворих з ознаками дезадаптації.

Також було проведено порівняльний аналіз показників за запропонованою шкалою ПД у психічно здорових осіб та у хворих на ДР з урахуванням ґенезу депресії.

Показники за всіма окремими сферами та інтегральними кластерами запропонованої шкали у психічно здорових жінок були меншими, ніж у хворих з психогенним, ендогенним та органічним характером ДР; при цьому найменші відмінності виявлені з хворими на психогенні депресії без ознак ПД (р>0,05), більші, значущі відмінності виявлені при порівнянні з групами хворих без ознак ПД з ендогенним та психогенним характером депресії, а найбільші – з групами хворих з ознаками ПД з психогенним, ендогенним та органічним ґенезом депресії.

Таким чином, проведена верифікація запропонованої нами шкали ПД засвідчила можливість використання її для диференціації ступеню ПД за окремими сферами та інтегральними кластерами психосоціального функціонування.

Отже, на основі отриманих результатів можна стверджувати, що при аналізі особливостей ПД в залежності від ґенезу депресивного розладу була виявлена чітка закономірність: важкість її за всіма 6 сферами була найменшою при психогенному характері депресії, більш важкою при ендогенному та найважчою – при органічному її ґенезі.

При цьому фактор ґенезу справляв найбільший вплив на характеристики депресії при відсутності окреслених ознак дезадаптації та легкому її ступені.

Зі збільшенням важкості ПД вплив ґенезу на вираженість депресії зменшувався, і при важкій дезадаптації був найменшим.

Тривога меншою мірою залежала від ґенезу депресії, і більшою мірою визначалася ступенем ПД.

Також було встановлено загальну тенденцію до зростання кількісних показників вираженості депресивних і тривожних проявів, а саме, показників вираженості адинамічних, ажитованих, недиференційованих форм депресії та депресії зі страхом, а також загального показника тривоги і показників психічної та соматичної тривоги, по мірі збільшення ступеню ПД, яка зберігалася для всіх сфер: соціально-економічної, соціально-інформаційної, соціально-професійної, міжособистісної, сімейної та батьківської.

Найбільш тісно афективна симптоматика була асоційована з сімейною та батьківською дезадаптацією, найменше – з соціально-професійною та соціальноінформаційною дезадаптацією.

Дослідження співвідношень варіативності та інтенсивності проявів загальної психопатологічної симптоматики і ПД в різних сферах, дозволило стверджувати, що переважна більшість жінок з депресивними розладами будьякого ґенезу мали ознаки майже усіх видів ПД різного ступеню вираженості.

Клінічна варіативність загальної психопатологічної симптоматики у жінок з ДР, в цілому, не мала ґенезоспецифічності, проте, відрізнялася у хворих з наявністю або відсутністю проявів будь-якого виду ПД.

Важкість й інтенсивність психопатологічної симптоматики при депресії була прямо асоційована зі ступенем ПД та мала різницю у осіб з різним ґенезом ДР.

Зазначимо, що питання первинності / вторинності обох феноменів є дискутабельним, проте, беззаперечно, наявність у хворої обох з них, мало взаємнопотенціюючий та взаємноіндукуючий вплив на подальший розвиток й прогредієнтність як ДР, так і ПД.

Дослідження алекситимії, як «патерну зміни когнітивно-емоційного обмеження», яку розглядають як один з чинників, що має вплив на перебіг і прогредієнтність не тільки психосоматичної, а й афективної патології, довело наявність значущих відмінностей, асоційованих як з проявами ПД, так і ґенезом ДР.

Хворі з ознаками дезадаптації продемонстрували вищий рівень алекситимії, як за її окремими складовими, так і за загальною вираженістю.

При цьому алекситимічні прояви були найбільш вираженими у хворих на органічну депресію, дещо меншими – у хворих на ендогенну депресію, і найменшими – у хворих на психогенну депресію.

У хворих без окреслених ознак дезадаптації чистий варіант ВКХ зустрічався при депресії психогенного ґенезу у 74% випадках, при ендогенній і органічній депресії чистий тип був виявлений приблизно у третини обстежених (33,3% і 35,7% відповідно).

У хворих з ознаками дезадаптації структура варіантів ВКХ відрізнялася: чистий варіант ВКХ незначно частіше був виявлений у хворих на органічну депресію (49,2%) у порівнянні з психогенною (41,3%) і ендогенною (38,2%). Найбільш поширеним серед хворих з відсутністю ознак дезадаптації виявився неврастенічний тип ВКХ, хоча у 10,5% жінок з психогенною депресією був виявлений гармонійний тип ВКХ.

На відміну від них, у хворих з ознаками дезадаптації найбільш поширеними були тривожний, іпохондричний і неврастенічний типи.

За умови 20 відсутності ознак дезадаптації у структурі додаткових типів ВКХ при змішаному варіанті домінував тривожний тип, а за наявності дезадаптації – іпохондричний і неврастенічний типи.

У структурі додаткових типів ВКХ при дифузному варіанті у хворих без ознак ПД переважали тривожний і дисфоричний типи, у дезадаптованих хворих – тривожний і меланхолійний типи.

Були виявлені важливі закономірності трансформацій ціннісномотиваційної сфери жінок, хворих на ДР, залежно від вираженості макро-, мезо- та мікросоціальної ПД.

Загальною тенденцією виявлено збільшення абсолютного показника дисоціації по мірі зростання ознак ПД в усіх сферах життєдіяльності, для сфер здоров'я, активної життєдіяльності, матеріально забезпеченого життя, свободи як незалежності у вчинках і діях та творчості.

Найбільшу дисоціацію за типом внутрішнього конфлікту (цінне, але недоступне) виявлено за сферами здоров'я, щасливого сімейного життя та матеріально забезпеченого життя.

Ця тенденція виявилась універсальною і реалізувалася при всіх типах ПД: макросоціальної, мезосоціальної та мікросоціальної, особливо яскраво проявляючись при помірній і важкій ПД.

У жінок, хворих на ДР, копінговий репертуар був деформованим, проте, якісні характеристики цієї деформації залежали від наявності/відсутності ознак ПД та, частково, – від ґенезу захворювання.

Серед жінок з ознаками дезадаптації, незалежно від ґенезу депресії, провідним був копінг-механізм втечі-уникнення, який набував характеру загального зниження активності внаслідок депресивної загальмованості і сповільненості ментальних процесів, прагнення уникати всього, що може посилити депресивні переживання; ці тенденції посилювалися від психогенної депресії через ендогенну до органічної.

В ході роботи було підтверджено тезу щодо асоційованості вираженості проявів соціально-психологічної дезадаптації як структурного компонента депресії, залежно від вразливості до макро-, мезо- і мікросоціальних стресіндукучих чинників, при будь-якому ґенезі ДР.

Встановлено наявність тенденції до збільшення ознак дезадаптивності, неприйняття себе, неприйняття інших, емоційного дискомфорту, зовнішнього контролю, та ведомості, і зменшення ознак адаптивності, правдивості, прийняття себе, прийняття інших, емоційного комфорту, внутрішнього контролю, домінування зі зростанням рівня будь-якого типу ПД.

Найбільш вираженими відмінності у показниках соціально-психологічної дезадаптації виявлені при мікросоціальній ПД. У жінок з ДР встановлено закономірність щодо погіршення ЯЖ за всіма сферами при зростанні тяжкості ПД в усіх сферах життєдіяльності.

Найбільше ці закономірності проявлялися при макросоціальній дезадаптації, а найменше – при мікросоціальній дезадаптації.

В результаті дослідження було встановлено, що вирішальну роль у погіршенні ЯЖ у жінок, хворих на ДР, відіграє наявність ПД, а ґенез ДР, хоча й справляє вплив на якість життя, має, порівняно з цим, другорядний характер.

В цілому найвищі показники ЯЖ були притаманні хворим на психогенну депресію, а найнижчі – на органічну.

Показники стану соціальної підтримки та сімейної тривоги, як і покажчики благополуччя сімейного функціонування, у жінок з ДР різного ґенезу, виявили очевидну асоційованість не з етіологічним фактором хвороби, а з наявністю у хворих ПД.

За умови наявності ознак ПД, у жінок встановлено значуще гірший рівень соціальної підтримки сім'ї, друзів та значущих інших, а також значуще вищий рівень інтегральної сімейної тривоги та її компонентів, порівняно з пацієнтками без дезадаптивних проявів.

З одного боку, це свідчило про визначальну роль фактору дезадаптації у формуванні порушень сімейного функціонування та браку соціальної підтримки, тоді як етіологія депресії при цьому мала другорядне значення.

З іншого боку, наявність ПД може виступати як предиктором погіршення стану даних показників, так і її наслідком.

У будь-якому випадку, дезінтегруюча роль ПД як фактору руйнації адаптивних психосоціальних ресурсних джерел у пацієнток, не викликає сумніву. Узагальнення результатів вивчення взаємовпливів депресії і ПД дозволило стверджувати, що фактор її наявності і вираженості мав більший вплив на клініко-психопатологічну специфіку депресії та особистісні характеристики хворих, ніж ґенез ДР.

На основі узагальнення отриманих результатів, було запропоновано нову технологію у вигляді шкали для оціночного визначення ймовірного ступеню макросоціальної , мезосоціальної і мікросоціальної.

ПД на підставі аналізу показників вираженості розладів депресивного (сума показників за шкалою депресії M. Hamilton та шкалою депресії Derogatis, помноженого на 10 для забезпечення спільномірності з показником за шкалою M. Hamilton), тривожного (сума показників за шкалою тривоги M. Hamilton та шкалою тривожності Derogatis, помноженого на 10 для забезпечення спільномірності з показником за шкалою M. Hamilton) і обсесивно-фобічного (сума показників за шкалами обсесивнокомпульсивних розладів та фобічної тривожності Derogatis, помножених на 10 для забезпечення спільномірності з даними інших шкал) спектрів – проста у використанні і придатна для застосування в практиці охорони здоров'я для проведення скринінгових досліджень з метою раннього виявлення контингенту з потенційно високими рівнями дезадаптації.

Спираючись на визначення особливостей взаємообумовленого формування і прогредієнтності ПД та ДР у жінок, з урахуванням ґенезу депресії, структури дезадаптації та феномену їх системного взаємовпливу, обґрунтовано й розроблено систему персоніфікованої психодіагностики і реабілітації жінок з ПД та ДР.

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.

Для кожного з рівнів дезадаптації залежно від провідної субсфери запропоновано персоніфікований перелік заходів, причому при потяжченні інтенсивності дезадаптації, до рекомендованих попередніх, приєднуються нові психокорекційні технології і підходи.

З урахуванням симптоматики та ґенезу депресії, обов’язковим елементом є призначення медикаментозної терапії.

Базовими психокорекційними і реабілітаційними технологіями виступають психоосвіта, групова, когнітивноповедінкова, сімейна психотерапія, тренінги формування навичок адекватної комунікації і соціального функціонування, заходи психологічної реадаптації.

На першому (психодіагностичному) етапі проводиться 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 і батькіської дезадаптації.

Вченими 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 найвищими показниками серед субсфер, що входять до даної сфери.

На другому етапі визначається комплекс психокорекційних заходів, зумовлений станом ПД у кожній з субсфер.

Запропонований наступний перелік заходів для кожного з рівнів дезадаптації у наступних субсферах:

1. 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 шестиетапну схему психологічної корекції, запропоновану А.Р. Марковим, М.В.Марковою);

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 формування 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 реадаптації.

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 ДР.

При ДР 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 ДР під час клінічної бесіди визначалися актуальні стресори, їх поточний вплив на психічний стан пацієнтки, можливості дезактуалізації, коло осіб, які можуть сприяти пацієнтці в усуненні негативного впливу психотравмуючих факторів.

З пацієнткою та її 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 ендогенному характері ДР 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 ДР, 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 не психотропними препаратами у конкретної пацієнтки.

Після досягнення стійкого клінічного результату у вигляді зменшення інтенсивності депресивних переживань, покращення настрою, появі 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.

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 лікувальнореабілітаційних заходів здійснювався моніторинг динаміки ДР та основного захворювання, що спричинило депресію, а також корекція психотерапевтичних заходів та заходів з психосоціальної реабілітації відповідно до цієї динаміки.

Для проведення корекції нами були відібрані пацієнтки, які мали ознаки ПД у всіх сферах (макросоціальній, мезосоціальній та мікросоціальній).

З них було сформовано дві групи.

До першої групи (чисельністю 10 пацієнток) увійшли хворі, які надали усвідомлену згоду на участь у програмі корекції (група корекції, ГК).

Їм був проведений повний комплекс запропонованої корекційної програми за описаною вище схемою.

До другої групи (чисельністю 11 пацієнтка) увійшли хворі, які отримували антидепресивне лікування за традиційною схемою і не приймали участі у програмі корекції (група порівняння, 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.

Запропонована система персоніфікованої психодіагностики і реабілітації жінок з ПД та ДР, виявилася ефективною щодо основних проявів депресії і тривоги дозволила значуще покращити якість життя пацієнток.

Однак, найбільш суттєвий позитивний ефект запропонована система закономірно справила на стан психосоціальної адаптації хворих, причому позитивні зміни відбулися в усіх сферах – макросоціальній, мезосоціальній та мікросоціальній 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.

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 ПД 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.

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 ГП дезадаптація зменшилася значно суттєвіше: з 61,47±14,89 балів до 41,47±14,89 балів.

Суттєві позитивні зміни під впливом запропонованої комплексної системи були досягнуті у сфері мікросоціальної дезадаптації.

Так, показник сімейної дезадаптації у ГП зменшився з 37,61±8,13 балів до 36,72±8,54 балів, а у 31 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.

**2.3. Психологічний аналіз та узагальнення результатів дослідження**

В роботі представлене теоретичне обґрунтування і практичне вирішення актуальної проблеми сучасної медичної психології з розробки концепції взаємообумовленого формування і прогредієнтності психосоціальної дезадаптації та депресивних розладів у жінок, з урахуванням ґенезу депресії, структури дезадаптації та феномену їх системного взаємовпливу.

Проблема вирішена на основі ідентифікації і комплексної оцінки вираженості, клініко-психопатологічних проявів і механізмів формування психосоціальної дезадаптації у жінок з депресивними розладами різного ґенезу, що дозволило створити для них ефективну систему психодіагностики і реабілітації.

Задіяно психодіагностичну методику комплексної оцінки ступеню і структури психосоціальної дезадаптації у різних сферах, яка дозволяє виокремити та оцінити стан її ключових компонентів.

Методика охоплює три основних кластери психосоціального функціонування: макросоціальний (передбачає оцінку соціально-економічної та соціальноінформаційної дезадаптації); мезосоціальний (передбачає оцінку соціальнопрофесійної та міжособистісної дезадаптації); та мікросоціальний (передбачає оцінку сімейної та батьківської дезадаптації).

Кількісна оцінка вираженості психосоціальної дезадаптації за кожною сферою визначається амплітудою показників від відсутності дезадаптації, через легку і помірну, до дезадаптації вираженого ступеню.

Виявлено, що у жінок з ознаками психосоціальної дезадаптації спостерігаються значуще вищі показники за симптомами депресії (за виключенням критичності, симптоматики деперсоналізації та дереалізації, і параноїдальної симптоматики), у порівнянні з жінками без ознак дезадаптації.

Найбільш суттєві розбіжності виявлені для власне депресивної симптоматики, почуття провини, інсомнії, тривожної симптоматики та соматовегетативних проявів депресії.

Встановлено загальну тенденцію до зростання кількісних показників вираженості депресивних і тривожних проявів, показників вираженості адинамічних, ажитованих, недиференційованих форм депресії та депресії зі страхом, а також загального показника тривоги і показників психічної та соматичної тривоги, по мірі збільшення ступеню психосоціальної дезадаптації, яка зберігається для всіх сфер: соціально-економічної, соціально-інформаційної, соціально-професійної, міжособистісної, сімейної та батьківської.

Найбільш тісно депресивна та тривожна симптоматика асоційована з сімейною та батьківською дезадаптацією, найменше – з соціально-професійною та соціальноінформаційною дезадаптацією.

Визначено, що вираженість психосоціальної дезадаптації за всіма сферами є найважчою у хворих на депресивні розлади органічного ґенезу, середньою – ендогенного, а найлегшою – психогенного генезу.

Фактор ґенезу справляє найбільший вплив на характеристики депресії при відсутності ознак дезадаптації та легкому її ступені. Зі збільшенням важкості дезадаптації вплив ґенезу депресії на вираженість її проявів зменшується, і при важкій дезадаптації є найменшим.

Тривога меншою мірою залежить від ґенезу депресії, і більшою мірою визначається ступенем дезадаптації.

Досліджено персонологічні і поведінкові патерни жінок, хворих на депресію, залежно від вираженості психосоціальної дезадаптації та ґенезу депресивного розладу.

Серед жінок з депресивними розладами, які не супроводжуються значними порушеннями психосоціальної адаптації, незалежно від їх ґенезу, вираженість алекситимії є, в цілому, меншою порівняно з хворими на депресію з вираженою психосоціальною дезадаптацією, для яких характерною є висока вираженість алекситимічних проявів, особливо для осіб з ендогенною або органічною природою депресивного процесу.

Встановлено, що за умови наявності ознак психосоціальної дезадаптації, для жінок з депресією характерним є більш дезадаптивне ставлення до хвороби, порівняно з пацієнтками без дезадаптивних проявів, незалежно від ґенезу депресивного розладу.

Загальною закономірністю відносно ціннісної сфери у хворих на депресивні розлади є домінування в системі цінностей здоров'я, щасливого сімейного життя, кохання, матеріально забезпеченого життя та наявності хороших та вірних друзів.

При цьому виявлена чітка тенденція до збільшення цінності здоров'я у загальній системі цінностей по мірі наростання ознак дезадаптації.

Ця тенденція є універсальною і реалізується при всіх її видах: макросоціальній, мезосоціальній та мікросоціальній, особливо яскраво проявляючись при помірній і важкій дезадаптації.

При цьому цінність інших сфер зменшується по мірі збільшення ознак дезадаптації внаслідок зростання цінності здоров'я.

Хворим на депресивні розлади притаманний середній рівень дезінтеграції за типом внутрішнього конфлікту, найбільш виражений у хворих на ендогенну і органічну депресію без ознак дезадаптації, дещо менше у хворих на всі види депресії з ознаками дезадаптації, і найменше – у хворих на психогенну депресію без ознак дезадаптації.

Дисоціація за типом внутрішнього вакууму більш виражена у хворих з ознаками дезадаптації, однак, розбіжності статистично не значущі.

В цілому хворі, з ознаками дезадаптації демонструють вищий рівень дисоціації у ключових сферах.

При цьому ознаки дисоціації є найбільшими у хворих на органічну депресію, дещо меншими – у хворих на ендогенну депресію, і найменшими – у хворих на психогенну депресію.

У жінок, хворих на депресивні розлади, копінговий репертуар є деформованим, проте, якісні характеристики цієї деформації залежать від наявності/відсутності ознак психосоціальної дезадаптації та, частково, – від ґенезу захворювання.

Серед жінок з ознаками дезадаптації, незалежно від ґенезу депресії, провідним є копінг-механізм втечі-уникнення, який набуває характеру загального зниження активності внаслідок депресивної загальмованості і сповільненості ментальних процесів, прагнення уникати всього, що може посилити депресивні переживання; ці тенденції посилюються від психогенної депресії (68,67±7,43 балів) через ендогенну (73,04±6,77 балів) до органічної (74,05±6,82 балів).

Вивчено особливості психосоціального функціонування та стан його окремих джерел у жінок з депресивними розладами різного ґенезу та вираженості психосоціальної дезадаптації.

У жінок з депресивними розладами встановлено закономірність щодо погіршення якості життя за всіма сферами при зростанні тяжкості психосоціальної дезадаптації в усіх сферах життєдіяльності.

Найбільше ці закономірності проявляються при макросоціальній дезадаптації, а найменшою – при мікросоціальній дезадаптації.

Показники стану соціальної підтримки, як і покажчики благополуччя сімейного функціонування, у жінок з депресивними розладами різного ґенезу, виявили очевидну асоціацію не з етіологічним фактором хвороби, а з наявністю у хворих психосоціальної дезадаптації.

За умови наявності ознак психосоціальної дезадаптації, у жінок встановлено значуще гірший рівень соціальної підтримки сім'ї, друзів та значущих інших, а також значуще вищий рівень інтегральної сімейної тривоги та її компонентів, порівняно з пацієнтками без дезадаптивних проявів.

Отже, дезінтегруюча роль психосоціальної дезадаптації як фактору руйнації адаптивних психосоціальних ресурсних джерел у пацієнток, не викликає сумніву.

Стан континууму соціально-психологічної адаптації – дезадаптації у жінок з депресивними розладами напряму асоційований з наявністю у них проблем у психосоціальному функціонуванні, що грає визначальну роль у формуванні якісних і кількісних характеристик соціально-психологічної дезадаптації у даного контингенту.

Другим значущим фактором впливу на дрейф континууму соціально-психологічної адаптації – дезадаптації у бік дезадаптивних проявів, є ґенез депресивного розладу.

Запропонована технологія у вигляді шкали для оціночного визначення ймовірного ступеню макросоціальної, мезосоціальної і мікросоціальної дезадаптації на підставі аналізу показників вираженості розладів депресивного, тривожного і обсесивно-фобічного спектру – проста у використанні і придатна для застосування в практиці охорони здоров'я для проведення скринінгових досліджень з метою раннього виявлення контингенту з потенційно високими рівнями дезадаптації.

Спираючись на визначення особливостей взаємообумовленого формування і прогредієнтності психосоціальної дезадаптації та депресивних розладів у жінок, з урахуванням ґенезу депресії, структури дезадаптації та феномену їх системного взаємовпливу, обґрунтовано й розроблено систему персоніфікованої 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.

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 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.

При первинній діагностиці хворих з депресивними розладами рекомендовано використання технології визначення ймовірного ступеню розвитку макро-, мезо- і мікросоціальної дезадаптації на підставі аналізу показників вираженості розладів депресивного, тривожного і обсесивнофобічного спектру, що дозволить своєчасно виявляти контингенту з потенційно високими рівнями дезадаптації та забезпечиватиме персоніфікацію вибору тактики медико-психологічної роботи для кожної пацієнтки.

Ефективність системи персоніфікованої психодіагностики і реабілітації хворих з психосоціальною дезадаптацією та депресивними розладами базується на принципах етапності, комплексності, індивідуалізованості та таргетного використання психотерапевтичних технологій залежно від виду і інтенсивності психосоціальної дезадаптації та генезу депресивного розладу.

При психогенному характері корекційні заходи рекомендовано спрямовувати на дезактуалізацію стресора, зменшення його інтенсивності і реакції на нього пацієнтки.

При депресії ендогенного характеру психотерапевтичні заходи повинні бути спрямовані на посилення і підкріплення ефекту антидепресивної терапії та нівелювання ознак психосоціальної дезадаптації.

При органічному ґенезі депресивного розладу залежно від вираженості психосоціальної дезадаптації заходи з психотерапії та психокорекції плануються індивідуально з урахуванням тяжкості основного захворювання.