

Spylovyj Ya. V. Efficiency of complex medical and psychological aid system for women with neurotic anxiety and depressive disorders of different psycho-genesis. Journal of Education, Health and Sport. 2017;7(5):851-867. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1065522>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/5059>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 1223 (26.01.2017).
1223 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author(s) 2017;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 05.05.2017. Revised: 23.05.2017. Accepted: 31.05.2017.

EFFICIENCY OF COMPLEX MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL AID SYSTEM FOR WOMEN WITH NEUROTIC ANXIETY AND DEPRESSIVE DISORDERS OF DIFFERENT PSYCHO-GENESIS

Ya. V. Spylovyj

D. Galitsky Lviv National Medical University

e-mail: psyhotyp@gmail.com

Abstract

Objective: to substantiate approaches and develop principles of integrated medical and psychological aid to the women with neurotic anxiety and depressive disorders, caused by modern psycho-traumatic factors, taking into account the peculiarities of their clinical manifestations and mechanisms of formation. *Contingent and methods.* 200 women have been examined: 150 persons had agitation and depressive disorders of the neurotic register (78 of them were internally displaced persons (IDP) and 72 were spouses of military men of the ATO-troops), 25 persons had endogenous depression and 25 were mentally health women. Clinical, psychopathological and psychodiagnostic methods were used. The research was carried out on the basis of the Lviv Regional Clinical Psychiatric Hospital. *Results.* The study presented resulted in updating of clinical picture and mechanisms of neurotic agitation formation, depression disorders in the women under study. Neurotic disorders had their own specificity which depends on psychological injury factor. In general, IDP - women took in the worse sense the traumatic circumstances than the spouses of the military men participating in the military operations. The basic principles of providing comprehensive medical and psychological assistance to the contingent under study have been identified. On the basis of the generalization of the data obtained, the principles and the structure of the medical and

psychological components of the complex care were differentiated depending on the severity of the anxiety and depressive manifestations and difficulties of functioning. The system developed is effective in the aspects of reducing psychopathological symptoms and improving the quality of the patients' life.

Key words: neurotic anxiety, depressive disorders, psychogenesis, medical and psychological aid.

УДК 616-092.12:616.891:616.89-02-055

СИСТЕМА КОМПЛЕКСНОЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ З НЕВРОТИЧНИМИ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ РІЗНОГО ПСИХОГЕНЕЗУ ТА ЇЇ ЕФЕКТИВНІСТЬ

Я. В. Шпильовий

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького

Актуальність. На теперішній час в Україні спостерігається збільшення соціально-зумовлених стресогенних чинників, які негативно впливають на стан психічного здоров'я населення. Крім загальних, неспецифічних, факторів, існують і специфічні, патогномонічні для окремих вразливих контингентів, серед яких питому вагу займають особи-вимушені переселенці та члени родин військослужбовців-учасників АТО, переважну більшість котрих становлять жінки.

На теперішній час загальновизнаним є той факт, що у жінок клінічні прояви та прогноз психічних розладів інші, ніж у чоловіків, тому в клінічній практиці отримали визнання диференційовані підходи до їх терапії з урахуванням гендерного фактору. Однак, усі попередні дослідження були присвячені вивченню гендерних особливостей психічних розладів, які виникали у мирний час і були обумовлені притаманними для мирного життя чинниками психотравматизації [1 – 5]. Нажаль, ці розробки не можуть бути прямо імплементовані для роботи з хворими, в яких виникнення психічних і поведінкових розладів обумовлено ситуаційними чинниками, патогномонічними для теперішньої ситуації.

Мета роботи – обґрунтувати підходи та розробити засади комплексної медико-психологічної допомоги жінкам з невротичними тривожно-депресивними

розладами, обумовленими сучасними психотравмуючими чинниками, з урахуванням особливостей їх клінічних проявів та механізмів формування.

Контингент і методи обстеження. За допомогою клініко-психопатологічного та психодіагностичного методів на базі КЗ «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня» було обстежено 200 жінок: 150 осіб з тривожно-депресивними розладами невротичного регістру (з них 78 – вимушено переміщені (ВПЖ) та 72 – дружини військослужбовців – учасників АТО (ДВС)), 25 хворих на ендогенну депресію (ГП-ЕД) та 25 психічно здорових жінок (ГП-З).

Клініко-психопатологічна оцінка була доповнена результатами використання суб'єктивної шкали депресії Бека та об'єктивних шкал депресії і тривоги Гамільтона (HDRS і HARS). Також оцінювали рівень стресового реагування (за шкалою оцінки впливу травматичної події IES-R (ШОВТП)» М. Горовіца в адаптації Н. Тарабріної).

Психодіагностичний інструментарій також включав методiku оцінки якості життя Х. Меззич в адаптації Н. О. Марути, багатомірну шкалу соціальної підтримки Д. Зімета, в адаптації В.М. Ялтонського, Н.О. Сироти, особистісний опитувальник Р. Кеттелла, «Методiku діагностики типів ставлення до хвороби (ТСХ)», а також методики психологічної діагностики копінг-поведінки Е. Хейма в адаптації Л.І. Вассермана та визначення механізмів психологічного захисту Р. Плутчека–Х. Келлермана в адаптації Л.І. Вассермана, О.Ф. Єришева, Є.Б. Клубової.

Результати дослідження та їх обговорення

Нозологічна структура невротичних тривожно-депресивних розладів різного психогенезу (НТДРРП) була представленою зологіями: змішана тривожно-депресивна реакція F43.22 (39,7% ВПЖ і 54,2% ДВС); пролонгована депресивна реакція F43.21 (15,4% ВПЖ і 13,9% ДВС); недиференційований соматоформний розлад F45.1 (12,5% ВПЖ і 13,9% ДВС); соматоформна вегетативна дисфункція (15,4% ВПЖ і 18,1% ДВС); ПТСР F43.1 (16,7% ВПЖ).

За клініко-феноменологічним аналізом встановлено, що у жінок з НТДРРП серед симптомів когнітивно-афективного компоненту депресії у більш вираженому ступені прояву переважали: розлади настрою, відчуття неспроможності, роздратованість, порушення соціальних зв'язків, нерішучість ($p \leq 0,001$). Можна зазначити, що у ВПЖ враження когнітивно-афективної сфери відбувалося за рахунок симптомів, які більш відображають вігальність переживань щодо «зруйнованого» життя, безповоротності минулого, у жінок ДВС – схвильованість за долю чоловіка та переживання щодо невизначеності його участі та подальше життя членів родини. Усі симптоми у жінок

ВПЖ характеризувались відреагуванням особистості на травму вимушеного переселення, їх наявність у жінок відображало боротьбу «прийняття-неприйняття» нового, іншого стану життєдіяльності із обмеженими функціональними можливостями ($p \leq 0,05$).

Виявлена чітка динаміка відсоткового збільшення рівня депресії з посиленням її ступеню вираженості у ВПЖ та ДВС з піком на рівні «виражений ступінь» – ВПЖ та «легкий ступінь» – ДВС.

Також встановлено, що жінки ВПЖ та ДВС мали схильність до «приховування» симптомів тривоги, що виявлялося при проведенні об'єктивної оцінки ($p < 0,05$). Більша варіативність і вираженість тривожного розладу у ВПЖ обумовлено основним травмуючим чинником – «хвилюванням за власне життя й здоров'я у майбутньому». Хвилювання у більшості були спрямовані на ситуацію невизначеності та труднощів життєдіяльності у зв'язку із переселенням.

Як за клінічним змістом, так і вираженістю тривожно-депресивної симптоматики, жінки ВПЖ випереджали ДВС. На нашу думку, можна говорити про наявність в них «комплексу взаємопов'язаних симптомів вимушеного переселення», що призводив до формування особливих психічних станів особистості, які характеризувалися появою в початковому періоді адаптації до змінених умов життєдіяльності комплексу значущих переживань депресивного характеру.

Виявлені відмінності між ВПЖ і ДВС можна пояснити різними мотиваційно-відповідальними механізмами. Так, при наявності соціальної підтримки у вигляді родичів або інших значущих осіб, жінки ДВС були схильні до більшої відповідальності та контролю проявів симптомів депресії й тривоги. У свою чергу, при відсутності підтримуючих чинників, мобілізуюча поведінка жінок ВПЖ швидко руйнувалася. У більшості випадків, такі жінки були емоційно нестримані та характеризувались пошуком «афективної мішені» – осіб, на яких вони могли безпричинно вимістити власні переживання.

При оцінці рівню посттравматичного стресу (ПТС) виявлено, що для більшості ДВС був притаманний помірний ступінь вираженості симптомів вторгнення (69,4%), уникнення (70,8%) та фізіологічної збудливості (77,8%). Група ВПЖ демонструвала більш негативну тенденцію: виражений ступінь вторгнення виявлено у 69,4%, уникнення – 66,7%, фізіологічної збудливості – 70,5%. У жінок ГП-ЕД також встановлені підвищені показники ПТС: помірна вираженість вторгнення у 52,0%, уникнення у 48,0%, фізіологічної збудливості у 66,0%. У здорових жінок з ГП-3 проявів

ПТС не виявлено. У жінок ВПЖ та ДВС усі твердження за субшкалами «вторгнення», «уникання», «фізіологічна збудливість» розподілилися приблизно схоже, що свідчило про рівномірне задіявання усіх трьох механізмів патологічного стресового реагування на «вимушене переселення» (ВПЖ) та / або стрес внаслідок «хвилювання невизначеності» (ДВС) ($p \leq 0,05$).

Також встановлено, у жінок з НТДРРП якість життя страждала комплексно в усіх сферах функціонування, проте, у ВПЖ ураження окремих сфер якості життя були достовірно більшими, ніж у ДВС ($p \leq 0,05$).

Доведено, що жінкам з НТДРРП були притаманні неадаптивні комбінації персонологічних рис та дезадаптивне ставлення до захворювання, що ставало предиктором розвитку в них тривожно-депресивного розладу (ТРД). Крім того, виявлено, що персонологічні властивості й розподіл ТСХ у жінок з різним психогенезом ТРД, не мають генезоспецифічності, та можуть розглядатися як загальні мішені медико-психологічного втручання, характерні для даного контингенту, незалежно від виду факторів психотравматизації.

Найбільш проблемною особистісною сферою у жінок з НТДРРП виявилась комунікативна сфера. Серед домінуючих персонологічних особливостей у них домінували безкомпромісність, імпульсивність та песимізм, невпевненість у собі; вони характеризувалися нетерплячістю, відкладенням рішень складних питань, легковажністю, ненадійністю, сором'язливістю і нерішучістю, були залежні від інших. Також їм властиве дезадаптивне ставлення до власного захворювання. Неадаптивні комбінації персонологічних рис та дезадаптивне ставлення до захворювання, ставало предиктором розвитку в них тривожно-депресивних розладів.

Дослідження показало, що існує два основних напрямки, по яких формуються ТСХ у жінок з НТДРРП.

1. Жінки з досить високою вірогідністю зміню особистісних рис у процесі перебігу ТДР із формуванням гармонічного, ергопатичного або анозогнозичного ТСХ, яким було властиво вузький вибір засобів компенсації внутрішнього дискомфорту й високою заперечливістю негативної дійсності ($p \leq 0,001$).

2. Жінки із вираженими преморбідними особистісними особливостями й стійкими афективними реакціями. Низька фрустраційна толерантність викликала нездатність захисних механізмів, що проявлялося внутрішнім дискомфортом та перенапругою захисних систем. У таких жінок тип відношення до ТДР кваліфікувався як дезадаптивне ставлення із регресивним видом захисного реагування.

За типами особистісної реакції на ТДР, жінок з НТДРРП можна характеризувати наступним чином:

1. Реакція «руйнування» – жінки поводитися неадекватно, необережно, ігноруючи вказівки фахівців, не міняли звичний спосіб життя.

2. Реакція «не усвідомлення» – іноді дана реакція виконувала «роль психологічного захисту».

3. Реакція «упереджень» – жінки демонстрували тенденційність, підозрілість, недовірливість, конфліктність.

4. Реакція «паніки» – під впливом страху та афекту, здійснювали помилкові, непослідовні дії.

Виявлено, що у жінок з НТДРРП має місце напруження неадаптивних механізмів психологічного захисту та превалювання неадаптивних копінг-стратегії по усім модальностям долаючої поведінки.

Однак, серед жінок з НТДРРП встановлені достовірні розбіжності в розподілі неадаптивних копінгів. ВПЖ демонстрували фактично повне переважання неадаптивних стратегій подолання за усіма модальностями копінг-поведінки: емоційний неадаптивний копінг – у 88,5% осіб, когнітивний неадаптивний копінг – у 88,5% осіб, поведінковий неадаптивний копінг – у 71,8% осіб. На відміну від них, майже половина ДВС мали перевагу відносно адаптивних або, навіть, адаптивних стратегій: серед них неадаптивні емоційний та когнітивний копінг притаманний 45,8% осіб, неадаптивний поведінковий копінг – у 50,0% осіб.

Перевага адаптивних психологічних адаптаційних механізмів в даному випадку ставала дефензивним механізмом щодо більш сприятливого перебігу та прогнозу тривожно-депресивних розладів у дружин військовослужбовців, порівняно з жінками – вимушеними переселенцями. Між тим, отримані дані також дозволили зробити висновок про наявність невикористаного внутрішнього адаптивного ресурсу у жінок з НТДРРП, на активізацію якого повинні бути спрямовані психологічні впливи в комплексному лікуванні даної категорії пацієнтів.

З точки зору наявності зовнішнього адаптивного ресурсу, ситуація вимушеного переселення, є для жінок більш травматичною, ніж хвилювання за чоловіка, який бере участь у бойових діях. Відсутність сформованих просоціальних мереж та брак соціальної підтримки як з боку родини (бо почасти родиною таких жінок є малолітні діти, або престарілі батьки, які самі потребують підтримки), так і з боку друзів (які у більшості випадків залишилися у минулому місці проживання, або вимушено переїхали

в інше місце) та значимих інших (в першу чергу, працівників соціальної сфери, з якими стикаються вимушено переміщені особи, волонтерів, лікарів та ін.), робить вимушених переселенців більш вразливими до дії стресових факторів, ніж жінок з невротичними розладами іншого психогенезу, або хворих на класичний депресивний розлад.

За результатами дослідження, жінки з НТДРРП були розподілені на три терапевтичні групи в залежності від вираженості ТДР, рівню соціальної підтримки та показників якості життя (табл.1).

Таблиця 1

Групи жінок за вираженістю НТДРРП

Група	Ступінь вираженості ТДР	Проблеми функціонування
Перша (А) 33,0% обстежених	Важкий ВПЖ (n= 25) та ДВС (n=23)	«Тотальні»
Друга (Б) 35,0 % обстежених	Виражений ВПЖ (n= 27) та ДВС (n=25)	«Капсульовані»
Третя (В) 32,0 % обстежених	Помірний ВПЖ (n= 26) та ДВС (n=24)	«Точкові»

В цілому, під комплексною медико - психологічною допомогою (МПД) жінкам з НТДРРП ми розуміли реалізацію медичних, психологічних, освітніх та соціальних заходів, які передбачають усунення та профілактику виникнення симптомів ТДР та дезадаптації психічної діяльності з відновленням соціального функціонування. Процес МПД включає розробку (з урахуванням особливостей стресу та ТДР), реалізацію та оцінку ефективності заходів комплексної допомоги.

Методологічні принципи організації комплексної МПД жінкам з НТДРРП базуються на загальноновизнаних, та визначені нами таким чином:

1. Єдність медичних, психологічних, соціокультурних заходів.
2. Цілісність впливу лікарів, психологів, працівників соціальної сфери і т. ін.
3. Врахування внутрішніх і зовнішніх чинників, які можуть вплинути на допомогу.
4. Оцінка ефективності медичних, психологічних, соціокультурних заходів.
5. Врахування життєвого досвіду та продуктивності психічної діяльності, функціональних можливостей, віку, статі.

6. Аналіз чинників, що обумовлюють виникнення ТДР, врахування показань і протипоказань.

Основними засобами комплексної МПД виокремлено наступні: медикаментозна, психоосвітня, психокорекційна, психологічне консультування та психопрофілактична.

Дані підходи надання комплексної МПД забезпечують:

1. Виявлення потреб жінок у заходах в залежності від впливу ТДР на соціальне функціонування.

2. Напрямки та зміст допомоги.

3. Оцінку ефективності заходів.

Основними клінічними та психосоціальними проблемними сферами, які потребують корекції – мішенями МПД, визначені:

А) Власно тривожно-депресивні порушення. Результатом впливу є редукція психопатологічної симптоматики й відновлення навичок регуляції поведінки та подолання стресу шляхом вдосконалення умінь саморегуляції.

Б) Нівелювання негативних особистісних уявлень щодо провідного чинника психотравматизації шляхом корекції внутрішньої картини хвороби, мотивів, установок. Вироблення навичок успішної адаптації, створення адекватного уявлення про власні якості.

В) Відбудова навичок вирішення родинних проблем.

Г) Формування прийомів ефективної комунікації, підтримки нових міжособистісних зв'язків, навиків спілкування.

Д) Вдосконалення навичок конструктивної взаємодії, усунення бар'єрів спілкування (паралельна інформаційна робота із родиною).

Система комплексної МПД жінкам включає психофармакотерапевтичну та психологічну складові. Психофармакотерапія будується згідно клінічних протоколів, затверджених Наказом МОЗ України від 05.02.2007 № 59.

Характеристика змісту і структури психологічної складової, диференційована в залежності від вираженості ТДР та проблем у функціонуванні, представлена у табл. 2.

Зміст психологічної складової системи медико - психологічної допомоги жінкам з

НТДРРП

Характеристика	Заходи	Частота / термін
<p>Перша (А) психотерапевтична група</p> <p>Жінки, у яких при діагностиці ТДР виявлено <u>важкі розлади</u> емоційної сфери та сну, важки проблеми у спілкуванні, агресивність та конфліктність. Негативне сприйняття заходів перешкоджало подоланню явищ дезадаптації, погіршення фізичного і психічного стану. Психопрофілактичні заходи спрямовані на створення дієвих поведінкових стратегій, корекцію відношення щодо стресових подій, комплайенсу до лікування та життєдіяльності, формування навичок боротьби зі стресом у конфліктних ситуаціях, зниження загальної тривожності та депресивності, підвищення психічної активності. Психокорекційні заходи спрямовані на корекцію внутрішніх механізмів переробки та психологічного захисту.</p>	Психопрофілактика	Постійно
	Психосоцвіта	2 рази на тиждень - 10 занять
	Психологічне консультування: - формування адекватного уявлення про власні якості й можливості; - усунення психологічних бар'єрів; - поліпшення міжособистісних відносин, сімейних відносин; - пошук конструктивних способів вирішення конфліктів;	Індивідуально при діагностиці проблем
	Психокорекційна робота	Постійно
	- корекція часової перспективи;	Індивідуальні та групові заняття при наявності показань
	- корекція механізмів психологічного захисту;	
	- навчання навичкам поведінки в стресових ситуаціях;	
	- корекція внутрішньої картини хвороби;	
	- тренінг саморегуляції;	1,0 година 6 занять
	- тренінг впевненості у собі;	1,5 години - 5 занять
- тренінг боротьби з гнівом;	1,5 години - 5 занять	
- тренінг конструктивної взаємодії.	1,5 години - 5 занять	
<p>Друга (Б) психотерапевтична група</p> <p>Жінки, у яких при діагностиці ТДР виявлено <u>виражений фон</u> стресу. Головним напрямком є проведення психопрофілактичної та психокорекційної роботи. Психопрофілактичні заходи спрямовані на подолання зовнішніх нагадувань, які викликають занепокоєння, підсилюють тривогу шляхом їх психотравмуючої дії. Психокорекційні заходи спрямовані на: чинники, які сприяють виникненню та</p>	Психопрофілактика	Постійно
	Психосоцвіта	2 рази на тиждень - 8 занять
	Психологічне консультування: - формування адекватного уявлення про власні якості й можливості; - усунення психологічних бар'єрів; - поліпшення міжособистісних відносин, сімейних відносин; - пошук конструктивних способів вирішення конфліктів;	Індивідуально при діагностиці проблем
	Психокорекційна робота	Постійно
	Навчання методам експрес-саморегуляції; Корекція внутрішньої картини хвороби.	Індивідуальні/ групові заняття при наявності показань

розвитку ТДР; психоемоційне напруження – астенічні прояви, тривогу, депресію; корекцію характерологічних особливостей; чинники психічного перевантаження; формування навичок опанування проявів психоемоційного стресу.	- корекція механізмів психологічного захисту;	Індивідуальні та групові заняття при наявності показань
	- навчання навичкам поведінки в стресових ситуаціях;	
	- корекція внутрішньої картини хвороби;	
	- тренінг саморегуляції;	1,0 година 5 занять
	- тренінг впевненості у собі;	1,5 години - 4 заняття
	- тренінг боротьби з гнівом;	1,5 години - 4 заняття
	- тренінг конструктивної взаємодії.	1,5 години - 4 заняття
Третя (В) психотерапевтична група Жінки, у яких при діагностиці ТДР виявлено <u>помірна</u> стомлюваність, емоційна напруженість із розладами сну, зниження самооцінки, невіра у майбутнє. У третьої групі психопрофілактичні заходи спрямовані на попередження несприятливої динаміки ТДР. Психокорекційні заходи спрямовані на: підвищення стійкості жінок до психотравмуючих впливів та корекція міжособистісних відносин; вироблення навичок ефективної комунікації.	Психопрофілактика	Постійно
	Психоосвіта	2 рази на тиждень - 8 занять
	Психологічне консультування: - формування адекватного уявлення про власні якості й можливості; - усунення психологічних бар'єрів; - поліпшення міжособистісних відносин, сімейних відносин; - пошук конструктивних способів вирішення конфліктів;	Індивідуально при діагностиці проблем
	Психокорекційна робота	Постійно
	Навчання методам експрес-саморегуляції;	Індивідуальні та групові заняття при наявності показань
	Корекція внутрішньої картини хвороби.	
	- корекція механізмів психологічного захисту;	Індивідуальне та групове заняття при наявності показань
	- навчання навичкам поведінки в стресових ситуаціях;	
	- корекція внутрішньої картини хвороби;	
	- тренінг саморегуляції;	1,0 година 4 заняття
	- тренінг впевненості у собі;	1,0 години - 3 заняття
	- тренінг боротьби з гнівом;	1,0 години - 3 заняття
- тренінг конструктивної взаємодії.	1,0 години - 3 заняття	

Для оцінки ефективності системи комплексної МПД жінкам з НТДРРП, обстежені були розподілені на наступні групи. ВПЖ були поділена на дві групи: 1. групу оцінки терапевтичної ефективності – 46 жінок, що отримували розроблені заходи

комплексної системи допомоги (ВПЖ–Т); 2. контрольну групу, у яку ввійшли 32 жінки, що отримували допомогу, регламентовану МОЗ України при ТДР (ВПЖ–К). Група ДВС була поділена також розподілена на дві групи: 1. групу оцінки терапевтичної ефективності – 42 жінки, що отримували розроблені заходи комплексної системи допомоги (ДВС–Т); 2. контрольну групу, у яку ввійшли 30 жінок, що отримували допомогу, регламентовану МОЗ України при ТДР (ДВС–К).

Після проведення заходів комплексної МПД жінки досліджених груп розрізнялися за тяжкістю депресивного синдрому за об'єктивним критерієм оцінки (шкала HDRS) (рис. 1). Так, випадків без депресії серед ВПЖ–Т спостерігалось – 67,4 %, ВПЖ–К – 31,3 %, ДВС–Т – 59,5 %, ДВС–К – 46,7 %. Виявлені депресивні прояви на рівні малого депресивного епізоду склали у ВПЖ–Т – 32,6 %, ВПЖ–К – 56,3 %, ДВС–Т – 40,5 %, ДВС–К – 50,0 %. ($p \leq 0,05$). Депресія на рівні важкого депресивного епізоду склали у ВПЖ–К – 12,5 %, ДВС–К – 3,3 %. ($p \leq 0,05$). У жінок ВПЖ–Т та ДВС–Т виявлено тенденція до зниження депресивних хвилювань. У ВПЖ–К та ДВС–К процеси видужання були повільніше, а стійкість ремісії психопатологічної симптоматики менш стабільна ($p \leq 0,05$).

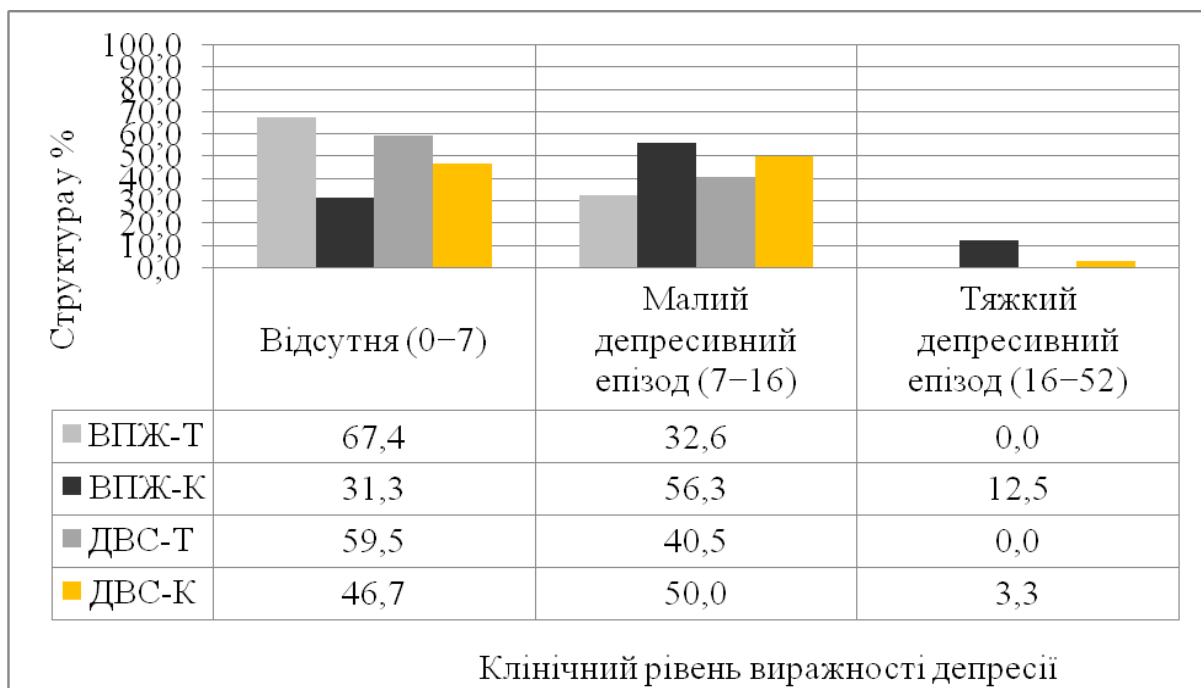


Рис. 1. Розподіл жінок ВПЖ–Т, ВПЖ–К, ДВС–Т, ДВС–К за рівнем депресії (шкала Гамільтону, HDRS)

Середній бал за шкалою HDRS у ВПЖ–Т склав – відсутність депресії – 4,6 бала, малий депресивний епізод – 12,0 балів, важкий депресивний епізод – 40 бала. ВПЖ–К

склав – відсутність депресії – 5,3 бала, малий депресивний епізод – 13,0 балів, тяжкий депресивний епізод – 41 бал. У ДВС–Т, відповідно, – відсутність депресії – 4,5 бала, малий депресивний епізод – 11,0 балів, тяжкий депресивний епізод – 39 балів. У ДВС–К, відповідно, – відсутність депресії – 5,2 бала, малий депресивний епізод – 12,0 балів, тяжкий депресивний епізод – 40 бала.

Треба зазначити, що у жінок ВПЖ–Т та ДВС–Т в цілому «недостатність функціонування» достовірно зменшувалася. Дане зменшення проявлялося дезактуалізацією переживань депресивного характеру та адаптацією до змінених умов життєдіяльності. У жінок в цей період серед індивідуально-психологічних особливостей суб'єктивного переживання депресивних хвилювань тривожність, агресивність і низька критична не виявлялися ($p \leq 0,05$).

У жінок ВПЖ–К та ДВС–К, як залишкові явища, фіксувалися депресивний настрій, якій проявлявся почуттям провини у вигляді самозвинувачень, втрати інтересу до діяльності, загальмованістю у співбесіді ($p < 0,05$). Можна стверджувати що у жінок ВПЖ–К та ДВС–К виявлялися симптоми, які склали загальну картину депресивного розладу із усіма ознаками порушень настрою, психічною та моторною загальмованістю ($p < 0,05$).

При вивченні особливостей тривожних проявів (за шкалою HARS) було зафіксовано схожу тенденцію (рис. 2).

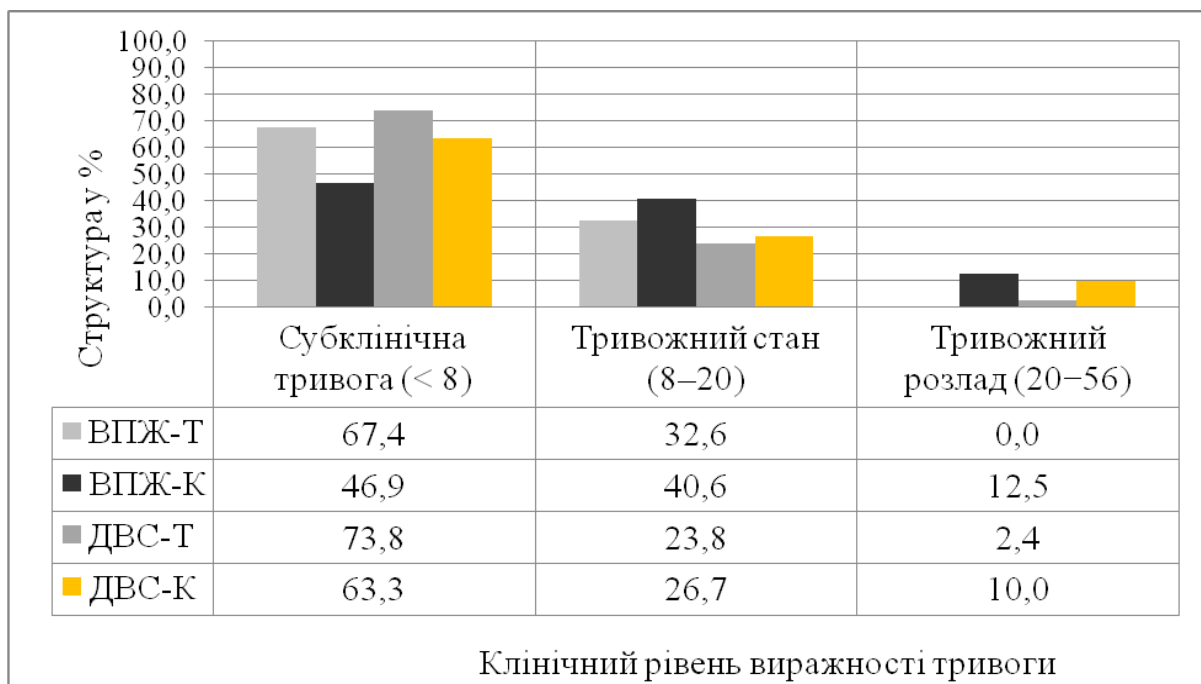


Рис. 2. Розподіл жінок ВПЖ–Т, ВПЖ–К, ДВС–Т, ДВС–К за рівнем вираженості тривоги (шкала Гамільтона, HARS)

З даних рис. 2, видно, що для 67,4 % жінок ВПЖ–Т характерним був субклінічний рівень вираженості тривожної симптоматики. Середній бал дорівнював – 5 балам. У свою чергу, у ВПЖ–К субклінічний рівень вираженості тривожної симптоматики був виявлено у 46,9 % жінок. Середній бал дорівнював – 7 балам.

Для жінок ДВС–Т у 73,8 % випадках характерним виявився субклінічний рівень вираженості тривожної симптоматики. Середній бал дорівнював – 6 балам. В той же час, субклінічний рівень вираженості тривожної симптоматики був виявлено у 63,3 % ДВС–К. Середній бал дорівнював – 7 балам ($p < 0,05$).

Окремі прояви патологічної тривоги, які складали клінічну картину тривожного стану, виявлено у 32,6% ВПЖ–Т%. Середній бал дорівнював – 12 балам. У свою чергу, у ВПЖ–К тривожний стан виявлено у 40,6 % жінок. Середній бал дорівнював – 16 балам.

Серед ДВС–Т тривожний стан виявлено у 23,8 % випадках. Середній бал дорівнював – 14 балам. У свою чергу, у ДВС–К тривожний стан виявлено у 26,7 % випадків. Середній бал дорівнював – 17 балам ($p < 0,05$).

Клінічно окреслений «тривожний розлад» мав місце у 2,4% ДВС–Т (середній бал – 25), ВПЖ–К у 12,5 % (середній бал – 30), ДВС–К – 10,0 % (середній бал – 33) ($p < 0,05$).

Аналізуючи отримані дані можна стверджувати, що у жінок ВПЖ–К та ДВС–К залишається схильність до «приховування» симптомів тривоги, що виявляється при проведенні об'єктивної оцінки ($p < 0,05$). Зменшення тривожних проявів у жінок ВПЖ–Т обумовлено «керуванням травмуючим чинником», тобто у порівнянні із жінками ДВС–Т вони мали можливість впливати на власну життєдіяльність. Жінки ДВС –Т не в змозі були змінити «невизначеність термінів стресу» повернення чоловіків у родину.

Наступним етапом оцінки ефективності впроваджених заходів системи комплексної МПД стало вивчення якості життя жінок. Як й у період дослідження, на етапі оцінки за класичною технологією оцінки якості життя виокремлено три компоненти її аналізу: 1) суб'єктивного благополуччя / задоволеності; 2) виконання (соціальних) ролей; 3) зовнішні життєві умови (матеріальні і соціальні, наприклад соціальна мережа й соціальна підтримка). У дослідженні оцінки якості життя враховувалася «швидкість» змін складових компонентів (суб'єктивне благополуччя / задоволеність, функціональний стан, контекстуальні чинники). Розподіл показників якості життя у жінок ВПЖ–Т, ВПЖ–К, ДВС–Т, ДВС–К відображено у табл. 3.

**Розподіл показників якості життя у жінок ВПЖ–Т, ВПЖ–К, ДВС–Т, ДВС–К
(середній індекс об’єктивного показнику)**

Тип ставлення до хвороби	ВПЖ–Т		ВПЖ–К		ДВС–Т		ДВС–К	
	С.б	%	С.б	%	С.б	%	С.б	%
Фізичне благополуччя	8	9,3	7	11,7	8	9,6	8	11,3
Психологічне / емоційне благополуччя	9	10,5	5	8,3	9	10,8	7	9,9
Самообслуговування та незалежність у діях	9	10,5	6	10,0	8	9,6	7	9,9
Працездатність	8	9,3	7	11,7	9	10,8	8	11,3
Міжособистісна взаємодія	9	10,5	5	8,3	9	10,8	7	9,9
Соціо-емоційна підтримка	8	9,3	5	8,3	6	7,2	8	11,3
Суспільна та службова підтримка	9	10,5	6	10,0	9	10,8	6	8,5
Самореалізація	8	9,3	6	10,0	9	10,8	8	11,3
Духовна реалізація	9	10,5	7	11,7	7	8,4	6	8,5
Загальне сприйняття якості життя	9	10,5	6	10,0	9	10,8	6	8,5
Кількість балів	86	100,0	60	100,0	83	100,0	71	100,0
Середній бал	8,6	—	6,0	—	8,3	—	7,1	—

З представлених у табл. 3 даних видно, що структура якості життя за оцінкою досліджених ВПЖ–Т, ВПЖ–К, ДВС–Т, ДВС–К значно змінилася. В цілому за ранжуванням рівня середнього індексу об’єктивного показнику (врахування усіх трьох суб’єктивних точок зору: жінки, фахівця, члена родини) у загальній структурі визначено: фізичне благополуччя – ВПЖ–Т – 9,3 %, ВПЖ–К – 11,7 %, ДВС–Т – 9,6 %, ДВС–К – 11,3 %; психологічне / емоційне благополуччя – ВПЖ–Т – 10,5 %, ВПЖ–К – 8,3 %, ДВС–Т – 10,8 %, ДВС–К – 9,9 %; самообслуговування та незалежність у діях – ВПЖ–Т – 10,5 %, ВПЖ–К – 10,0 %, ДВС–Т – 9,6 %, ДВС–К – 9,9 %; працездатність – ВПЖ–Т – 9,3 %, ВПЖ–К – 11,7 %, ДВС–Т – 10,8 %, ДВС–К – 11,3 %; соціо-емоційна підтримка – ВПЖ–Т – 9,3 %, ВПЖ–К – 8,3 %, ДВС–Т – 7,2 %, ДВС–К – 11,3 %; суспільна та службова підтримка – ВПЖ–Т – 10,5 %, ВПЖ–К – 10,0 %, ДВС–Т – 10,8 %, ДВС–К – 8,5 %; самореалізація – ВПЖ–Т – 9,3 %, ВПЖ–К – 10,0 %, ДВС–Т – 10,8 %, ДВС–К – 11,3 %; духовна реалізація – ВПЖ–Т – 10,5 %, ВПЖ–К – 11,7 %, ДВС–Т – 8,4 %, ДВС–К – 8,5 %; загальне сприйняття якості життя – ВПЖ–Т – 10,5 %, ВПЖ–К –

10,0 %, ДВС–Т – 10,8 %, ДВС–К – 8,5 % ($p \leq 0,05$).

Середній бал – показник якості життя у досліджених ВПЖ–Т, ВПЖ–К, ДВС–Т, ДВС–К відповідно склав: 8,6; 6,0; 8,3; 7,1.

Для встановлення залишкових впливових взаємозв'язків між показниками якості життя жінок усіх груп проведено їх ранжування з метою визначення ієрархії проблем якості життя для корекції комплексної системи допомоги жінкам ВПЖ та ДВС з ТДР. Кореляційний аналіз з виділенням тісноти зв'язків між шкалами якості життя проводився за кожною суб'єктивною думкою – жінки. Встановлено, що у порівнянні з первинною оцінкою, де за суб'єктивною думкою жінки по деяким показникам зв'язок був незначний або у ієрархії дана проблема визначалася як не важлива повторна оцінка не виявила даного «приховування проблем». Також як у співбесіді, так й при загальному кореляційному аналізі, усі проблеми жінками визначені як важливі (високий рівень кореляційного зв'язку), що підтверджувало їх усвідомлення з перебудовою проблеми.

Виявлено, що у жінок ВПЖ–Т та ДВС–Т існує позитивний кореляційний зв'язок між усіма шкалами в усіх групах, де у більшості позитивних кореляційних зв'язків з руйнуючим ефектом показників не виявлено ($p \leq 0,05$). Так, позитивна зміна у напрямку відновлення виявлена у жінок ВПЖ–Т та ДВС–Т між психологічним / емоційним благополуччям та самообслуговуванням та незалежністю у діях ($r=0,96$) та соціо-емоційною підтримкою ($r=0,94$), міжособистісною взаємодією ($r=0,93$).

Внаслідок застосування системи комплексної МПД, проблеми відчуття жінкою себе психологічно та емоційно чужою у нових умовах життєдіяльності, успішно нівелюються. В той же час, коло патологічних причино-наслідкових зв'язків низького функціонування ВПЖ та ДВС – руйнується. Так, низька здатність вирішення проблем у суспільстві та родині – підвищується, а ситуаційно-обумовлена фрустраційна реакція не діагностується. У свою чергу, загально комунікативні проблеми між жінкою та новим середовищем пом'якшуються та у подальшому не визначаються, як проблеми що знижують якість життя. Виявлені дані свідчать, що у жінок ВПЖ–Т та ДВС–Т якість життя відновлюється комплексно в усіх сферах функціонування, на відміну від жінок контрольних груп ($p \leq 0,05$).

Література:

1. Юр'єва Н. М. Гендерноспецифічна дезадаптація соціального функціонування у жінок, хворих на параноїдну шизофренію: аналіз феномену та

особливості терапії і психосоціальної реабілітації / Н. М. Юр'єва // Український вісник психоневрології. - 2014. - Т. 22, вип. 2. - С. 139-146.

2. Косенко К. А. Особенности психофармакотерапевтической и психотерапевтической составляющих в комплексном лечении женщин, больных параноидной шизофренией, при различных моделях семейного взаимодействия / К. А. Косенко // J Health Sciences. – 2014. – vol. 04, N 06. – P. 043 – 056.

3. Морванюк Г. В. Анализ основных подходов к психотерапии и психофармакотерапии шизофрении с учетом гендерных различий в Украине и в мире / Г. В. Морванюк // J Health Sciences. – 2014. – № 4(01). – с. 339–348.

4. Герасименко Л. О. Когнітивно-поведінкова психотерапія при тривожно-депресивних розладах у жінок із соматичною патологією / Л.О. Герасименко // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. – 2014. - Т.7,4(26) – С.51-56.

5. Герасименко Л. О. Ефективність та доцільність проведення сімейної психотерапії при невротичних розладах у жінок / А. М. Скрипніков, Л. О. Герасименко, Р. І. Ісаков // Архів психіатрії. – 2015. – Т.21, вип.1(80) – С.140-142.

References:

1. Yuryeva N. M. Gender-specific disadaptation of social functioning in women with paranoid schizophrenia: analysis of the phenomenon and features of therapy and psychosocial rehabilitation / N. M. Yurieva // Ukrainian Bulletin of Psychoneurology. - 2014. - Vol. 22, no. 2. - P. 139-146.

2. Kosenko K. A. Features of psychopharmacotherapeutic and psychotherapeutic components in the complex treatment of women with paranoid schizophrenia, with different models of family interaction / K. A. Kosenko // J Health Sciences. - 2014 - vol. 04, N 06. - P. 043 - 056.

3. Morvanyuk G. V. Analysis of the main approaches to psychotherapy and psychopharmacotherapy of schizophrenia, taking into account gender differences in Ukraine and in the world / G. V. Morvanjuk // J Health Sciences. - 2014 - No. 4 (01). - with. 339-348.

4. Gerasimenko L. O. Cognitive-behavioral psychotherapy with anxiety-depressive disorders in women with somatic pathology / L. O. Gerasimenko // International Psychiatric, Psychotherapeutic and Psychoanalytic Journal. - 2014. - Т.7,4 (26) - p.51-56.

5. Gerasimenko L. O. Efficiency and expediency of family psychotherapy in neurotic disorders in women / A. M. Skrypnikov, L.O. Gerasimenko, R. I. Isakov // Archive of Psychiatry. - 2015. - T.21, issue 1 (80) - p.140-142.