

УДК 616.895.4-036.65-08:371.711

Н. А. Марута, А. М. Кожина, С. П. Колядко
**РОЛЬ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
 С РЕКУРРЕНТНЫМ ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ**

Н. О. Марута, Г. М. Кожина, С. П. Колядко
Роль психоосвіти в комплексному лікуванні хворих на рекурентний депресивний розлад

N. O. Maruta, H. M. Kozhyna, S. P. Kolyadko
Role of psychical education in the complex therapy of patients with the recurrent depressive disorder

Работа посвящена актуальной проблеме — оказанию своевременной помощи больным с рекуррентным депрессивным расстройством посредством психообразовательной программы, направленной на восстановление и развитие у них социальных, личностных механизмов адаптации, повышения уровня знаний о болезни. Цель исследования — изучить роль психообразования в структуре комплексной терапии больных с рекуррентным депрессивным расстройством. Использовались методы: клинико-психопатологический, психодиагностический, статистический. Обследовано 68 больных с рекуррентным депрессивным расстройством, распределенных в процессе исследования на две группы сравнения. Больные первой группы получали общепринятую терапию в сочетании с разработанной психообразовательной программой, больные второй группы проходили лечение традиционными способами. В результате исследования доказано, что предложенная психообразовательная программа в структуре комплексной терапии рекуррентного депрессивного расстройства способствует социальной реинтеграции и повышению адаптивности больных за счет мобилизации их внутренних резервов, восстановления уверенности в себе, изменения отношения больных к самой болезни, качеству жизни и поведенческим реакциям.

Ключевые слова: рекуррентное депрессивное расстройство, психообразование

Работа посвящена актуальной проблеме — надання своєчасної допомоги хворим на рекурентний депресивний розлад за допомогою психоосвітньої програми, спрямованої на відновлення і розвиток у них соціальних, особистісних механізмів адаптації, підвищення рівня знань про хворобу. Мета дослідження — вивчити роль психоосвіти у структурі комплексної терапії хворих на рекурентний депресивний розлад. Використовували методи: клініко-психопатологічний, психодіагностичний, статистичний. Обстежено 68 хворих на рекурентний депресивний розлад, які поділені в процесі дослідження на дві групи порівняння. Хворі першої групи отримували загальноприйнятую терапію у поєднанні з розробленою психоосвітньою програмою, хворі другої групи отримували лікування традиційними способами. В процесі дослідження доведено, що запропонована психоосвітня програма в структурі комплексної терапії рекуррентного депресивного розладу сприяє соціальній реінтеграції і підвищенню адаптивності хворих за рахунок мобілізації їх внутрішніх резервів, відновлення впевненості в собі, зміни ставлення хворих до самої хвороби, якості життя і поведінкових реакцій.

Ключові слова: рекурентний депресивний розлад, психоосвіта

The research is devoted to the actual problem is providing of timely help a patient with the recurrent depressive disorder by means of the psychical education program, directed on renewal and development for them of social, personality mechanisms of adaptation, increases of level of knowledge's about illness. Research purpose — to study the role of psychical education in the structure of complex therapy of patients with the recurrent depressive disorder. Methods were used: clinic-psychopathological, psychodiagnostical, statistical. 68 patients with the recurrent depressive disorder were inspected, up-diffused in the process of research on two groups of comparison. The patients of the first group got the generally accepted therapy in combination with the developed psychical education program, the patients of the second group passed treatment the traditional methods of. The study proved that the offered psychical education program in the structure of complex therapy of the recurrent depressive disorder is instrumental in a social reintegration and increase of adaptations of patients due to mobilization of their internal backlogs, renewal of confidence in itself, changes of relation of patients to illness, quality of life and behavioral reactions.

Keywords: recurrent depressive disorder, psychical education

В настоящее время во всем мире, в том числе и в Украине, отмечается рост заболеваемости психической патологией, среди которой одно из первых мест занимают аффективные расстройства, в частности рекуррентные депрессии. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), общая распространенность рекуррентного депрессивного расстройства среди населения составляет в среднем 5%. При этом известно, что около 25% больных, обратившихся за помощью к врачам общего профиля, страдают депрессивным расстройством. Также одной из важных проблем этого направления является проблема «омоложения» контингента больных с аффективными расстройствами, что существенно отражается на качестве жизни и социальном функционировании пациентов [1, 2].

Учитывая, что современные концепции выздоровления базируются на принципах личностного роста, личностно-экзистенциального выздоровления, максимального привлечения личностного ресурса, партнерского стиля взаимодействия пациента и врача, перспективным методом реабилитации является психообразование, которое способствует активизации позиции пациента

в преодолении последствий болезни, повышению социальной компетентности, чувства ответственности и выработке адекватной стратегии совладания с болезненными переживаниями аффективного круга [3—6]. Однако, в современной литературе недостаточно освещены вопросы, отражающие роль психообразования в комплексной терапии пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством [7, 8].

Учитывая вышеизложенное, целью нашего исследования явилось — изучить роль психообразования в структуре комплексной терапии больных с рекуррентным депрессивным расстройством.

Методы исследования: клинико-психопатологический, психодиагностический (шкала восприятия качества жизни (Mezzich) [9], методика «Тип отношения к болезни» [10], опросник «Выраженность суицидального риска» [11] и опросник ведущих копинг-стратегий [12]), статистический.

В процессе проведения исследования больные получали комплексную терапию, включавшую фармакологические методы терапии в сочетании с психообразовательной программой, разработанной отделом неврозов и пограничных состояний ГУ «ИНПН НАМН Украины»

© Марута Н. О., Кожина Г. М., Колядко С. П., 2015

совместно с кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ХНМУ.

Основными задачами предложенной психообразовательной программы были:

- предоставление информации о природе заболевания; особенностей его течения; важности медикаментозного лечения и связанных с ним вопросах (эффективности, побочных эффектах, приверженности); распознавании и действиях при ранних признаках обострения;

- выработка у больных и их родственников комплайенса (осознанного соблюдения предписанного режима лечения);

- обеспечение «психосоциальной поддержки», когда группа больных является постоянным источником поддержки и одновременно терапевтической средой, в которой пациенты могут в безопасных условиях вырабатывать адекватные навыки поведения, общения, совладания со сложными ситуациями;

- эмоциональная поддержка в ситуации, когда пациент узнает о своем заболевании;

- улучшение адаптации пациента в семье.

Психообразовательный подход относится к обучающему типу психосоциального вмешательства, при котором занятия строятся по принципу тематического семинара с элементами социально-поведенческого тренинга.

В терапии больных депрессиями целесообразно использовать интегративную модель психообразования, представляющую собой комплексную бифокальную (ориентированную как на пациента, так и на членов его семьи), поэтапно осуществляемую систему информационных, психокоррекционных и социокоррекционных воздействий [5].

Психообразовательную программу реализовывали в групповой форме, с количеством участников от 6 до 12 человек. Каждый цикл психообразования состоит из 5—10 занятий, продолжительностью 45 минут, с частотой 1—2 раза в неделю. Групповая работа давала возможность пациентам обсудить полученную информацию с другими участниками, соотнести ее с собственным опытом. Немаловажное значение имеет тот факт, что участники могут получить важную информацию не только от врача, но и от других участников, обменяться с ними опытом, вместе поискать решение проблем. Занятия в группе позволяют поддержать пациента на стабильном уровне функционирования, помогают пациенту и его родственникам лучше понимать характер и особенности заболевания и его влияние на пациента и членов его семьи. Не менее значимым результатом групповой программы является и то, что она способствует созданию дополнительной сети эмоциональной поддержки.

Психообразовательная программа состояла из четырех этапов:

I этап — информационный — направлен на разъяснение пациентам особенностей клинических проявлений депрессивного расстройства, многофакторных (биопсихосоциальных) причин болезни; ее распространенности («болезнь не уникальна») и прогнозе; необходимости обращения к врачу и приема медикаментов, способствующих купированию болезненной симптоматики; а также медикаментозных и немедикаментозных методов лечения (психотерапия). Также в ходе занятий предоставляется информация о сходстве и отличиях депрессии с соматическими болезнями; влиянии депрессии на больного и его близких; определении ситуаций и обстоятельств, провоцирующих ухудшение; выявлении ранних симптомов обострения (рецидива). Реализация данного этапа осуществляется в форме лекций, дискуссий, а также ис-

пользования вспомогательной визуальной информации и печатной продукции (листовок, буклетов).

II этап — терапевтический — направлен на восстановление социального функционирования пациентов за счет изменения их отношения к болезни, к своему «Я», восприятию себя как личности, способной справиться с возникающими проблемами, обусловленными болезнью; предупреждению аутоагрессивных тенденций и изменению привычных патологических копинг-стратегий. Цели и задачи данного этапа реализовывали с помощью тренинга позитивного самовосприятия, тренинга формирования коммуникативных умений и навыков и тренинга решения проблем межличностного взаимодействия. В процессе групповой работы участниками обсуждались возможные способы совладания с собственным болезненным состоянием, анализировались варианты адаптивных поведенческих реакций.

III этап — социальный — направлен на преодоление стигматизации пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством и формирование поддержки и понимания переживаний больного членами его семьи. Психообразовательные занятия с родственниками пациентов проводили с количеством участников от 6 до 12 человек. Психообразовательные занятия с родственниками больных с рекуррентным депрессивным расстройством способствовали решению следующих задач:

- укрепление терапевтического сотрудничества между врачом и родственниками больного за счет эмоциональной и социальной поддержки в атмосфере понимания и информированного оптимизма;

- восстановление, стимуляция естественной сети поддержки пациента родственниками — принятие болезни, уменьшение гнева, чувства вины, избыточной эмоциональной и поведенческой сверхвовлеченности (снижение уровня «выраженных эмоций»), критицизма, гиперопеки или отрицания психического здоровья;

- улучшение взаимоотношений в семье больного, определение баланса между социальной стимуляцией и чрезмерной изоляцией от стрессов, приводящей к эффекту госпитализации на дому;

- обучение предвидению, пониманию и рациональному решению «типовых» проблем (тренинг навыков разрешения проблем нацелен на усовершенствование способов преодоления повседневных проблем, методов совладания со стрессовыми жизненными событиями, разработку планов, позволяющих справляться со стрессорами, которые можно предвидеть).

IV — заключительный. Целью этапа было закрепление новых форм реагирования и вариантов совладающего поведения в случае обострения депрессивного расстройства, закрепление адекватных и конструктивных форм межличностного взаимодействия путем выполнения функциональных тренингов с последующим обсуждением и анализом результатов их выполнения. Данный этап направлен на социальную реабилитацию больных с рекуррентным депрессивным расстройством.

В исследовании, направленном на изучение роли разработанной психообразовательной программы в комплексной терапии пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством, приняли участие 68 человек. Возраст больных колебался от 17 до 63 лет, преобладала возрастная категория пациентов 30—39 лет (39,47 %). Выборка больных состояла из 42 (61,76 %) женщин и 26 (38,23 %) мужчин. Среди всех пациентов 36,76 % имели среднее специальное образование, 20,59 % — среднее, 14,70 % — неоконченное высшее и 25,0 % — высшее образование. Преобладающая часть обследованных проживала в горо-

де (66,17 %), меньшая — в сельской местности (33,82 %). Оценка социальной занятости демонстрировала, что среди обследованных преобладали работающие (72,05 %). Анализ семейного положения показал, что в браке состояли 63,24 % пациентов, одиноких было 36,76 %. Средняя продолжительность заболевания составляла 7,5 лет. Средняя продолжительность текущего эпизода — 1,2 года.

Клинико-психопатологическая картина депрессивного спектра характеризовалась наличием аффективных проявлений, личностными переживаниями, когнитивными нарушениями, соматическими проявлениями. Аффективные расстройства характеризовались наличием подавленного настроения, снижением активности и инициативы, повышенной утомляемостью, снижением энергии, эмоциональной лабильностью и раздражительностью.

Анализ полученных данных свидетельствовал о том, что у всех 100 % обследованных ведущим симптомом было подавленное настроение, которое сопровождалось ангедонией (100,00 %), анергией (62,24 %).

Структура личностных переживаний характеризовалась наличием чувства вины (36,76 %), суицидальными мыслями (26,47 %), чувством отсутствия перспективы (39,70 %), эмоциональной уязвимостью (45,59 %), снижением уверенности в себе (60,29 %).

В структуре когнитивных нарушений отмечалось ухудшение памяти (41,18 %), снижение концентрации внимания (57,35 %), психической утомляемости (73,52 %).

Соматические проявления в структуре депрессивного симптомокомплекса характеризовались наличием физической утомляемости (76,47 %), расстройством сна (82,35 %), снижением аппетита (72,06 %).

На основании клинических проявлений психопатологических симптомов были выделены основные симптомокомплексы: тревожно-депрессивный (55,88 %), астено-депрессивный (16,18 %), апатико-депрессивный (17,65 %), ипохондрический (10,29 %).

В дальнейшем, для оценки эффективности предложенной терапии, все пациенты были разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 33 пациента, которым наряду с фармакотерапией проводилась разработанная психообразовательная программа, 2-ю группу составили 35 пациентов, которые получали фармакотерапию и психотерапию (без использования разработанной психообразовательной программы).

В результате проведенного лечения имела место позитивная динамика в структуре клинических проявлений изучаемого депрессивного расстройства в обеих группах. Так, изменения выраженности психопатологических синдромокомплексов наиболее значительными были в 1-й группе обследованных (рис. 1). Необходимо отметить, что в результате проведения терапии с применением психообразования наибольшую редукцию претерпевали тревожно-депрессивный (54,56 % — до лечения и 24,24 % — после лечения), астено-депрессивный (15,15 % и 6,06 % соответственно) и апатико-депрессивный (18,19 % и 12,12 % соответственно) симптомокомплексы ($p \leq 0,05$). Во 2-й группе также отмечалась положительная динамика, однако она носила менее выраженный характер: тревожно-депрессивный — 57,14 % до лечения, 40,00 % после лечения; астено-депрессивный — 17,14 % и 8,57 % соответственно и апатико-депрессивный — 17,14 % и 11,43 % соответственно.

При проведении психодиагностической части нашего исследования были получены следующие результаты.

Качество жизни (КЖ), оцениваемое пациентами с рекуррентным депрессивным расстройством, до лечения характеризовалось низкими показателями

психологического и эмоционального благополучия (4,13 балла), неудовлетворенностью состоянием здоровья (4,72 балла) и ощущением нехватки общественной и социоземotionalной поддержки (4,26 и 4,81 балла соответственно) (рис. 2).

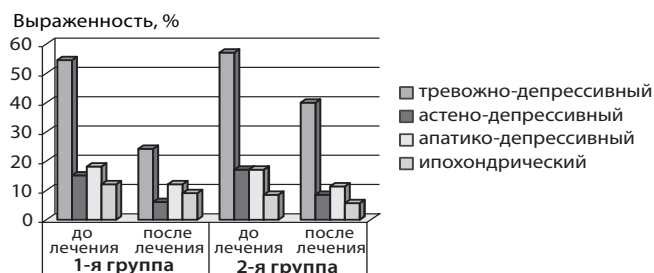


Рис. 1. Динамика психопатологических симптомокомплексов в процессе лечения больных с рекуррентным депрессивным расстройством в группах обследованных



* — достоверность различий в динамике между 1-й и 2-й группой на уровне $p \leq 0,05$
 Условные обозначения шкал: 1 — Физическое благополучие; 2 — Психологическое/эмоциональное благополучие; 3 — Самообслуживание и независимость действий; 4 — Работоспособность; 5 — Межличностное взаимодействие; 6 — Социоземotionalная поддержка; 7 — Служебная и общественная поддержка; 8 — Личностная реализация; 9 — Духовная реализация; 10 — Общее восприятие качества жизни

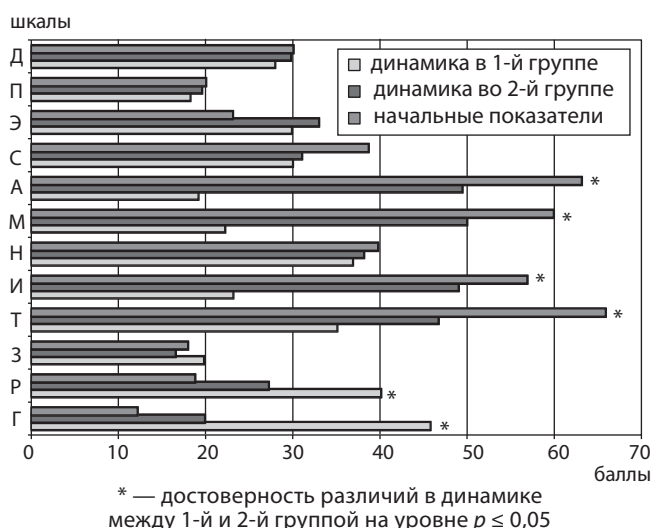
Рис. 2. Динамика показателей качества жизни больных с рекуррентным депрессивным расстройством в группах обследованных

На среднем уровне пациенты оценивали свою работоспособность (5,35 балла), независимость действий (6,29 балла), межличностное взаимодействие (5,75 балла), ощущение личностной и духовной реализации (5,81 и 6,56 балла соответственно). Также удовлетворенность общим качеством жизни у больных с рекуррентным депрессивным расстройством была средней и составила 5,43 балла.

Самооценка показателя качества жизни в динамике лечения проводилась в двух группах для оценки эффективности использования психообразования в комплексной терапии. Следует отметить, что после проведенного лечения отмечалось улучшение качества жизни в обеих группах по всем показателям. Так, было установлено, что улучшение восприятия физического состояния в 1-й группе увеличилось на 18,3 %, а во 2-й группе — на 13 %; ощущение независимости действий улучшилось в 1-й группе на 15,9 %, а во 2-й группе — на 6 %; удовлетворенность работоспособностью — на 28,5 % (в 1-й группе) и 24,5 %

(во 2-й групі); оцущення духовної реалізації збільшилось незначительно: на 9,9 % — в 1-й групі і на 3,3 % — во 2-й групі. Однак, значимих різниць в динаміці сприйняття КЖ між двома групами по даним показателям виявлено не було. При цьому було виявлено, що у пацієнтів 1-й групи відзначалась більш виражена позитивна динаміка, ніж во 2-й групі по наступним показателям: «Психологічне і емоційне благополуччя» ($t = 2,893, p \leq 0,01$), «Міжличностне взаємодія» ($t = 4,876, p \leq 0,001$), «Соціоемоційна підтримка» ($t = 2,967, p \leq 0,01$), «Службна підтримка» ($t = 2,344, p \leq 0,05$), «Личностна реалізація» ($t = 2,263, p \leq 0,05$) і «Общєє сприйняття якості життя» ($t = 2,584, p \leq 0,05$).

Аналізуючи результати методики «Тип відношення к хворобі» до лікування, можна відзначити, що у хворих з рекуррентним депресивним розладом діагностований «дифузний» тип, який включав в себе апатический (63,12 ± 9,44 балла), тривожний (65,87 ± 10,66 балла), меланхоліческий (59,92 ± 14,77 балла) і іпохондрический (56,88 ± 6,93 балла) типи відношення пацієнтів к собственому захворюванню (рис. 3). Інтерпретація профіля шкальних оцінок дозволила виділити специфіческіє особенности личностної адаптації пацієнтів на початковому етапі, заключаючієся в інтрапсихіческої направленности личностного реагування на хворобу, що обуславлює порушення соціальної адаптації пацієнтів з цими типами реагування. Для хворих з рекуррентним депресивним розладом характерна виражена утрудненість хворобу, невірє в выздоровлення, в ефект лікування; утрата інтереса к життю, вялость і апатія в поведінні, діяльність і міжличностних відношеннях; тривожне настроєння; чрезмерное сосредоточення на суб'єктивних хворобних і інших неприємних оцущеннях.



Умовні позначення шкал: Г — гармонічний тип; Р — ергопатіческий тип; З — анозогнозіческий тип; Т — тривожний тип; И — іпохондрический тип; Н — неврастніческий тип; М — меланхоліческий тип; А — апатіческий тип; С — сенсітивний тип; Э — егоцентріческий тип; П — параноїяльний тип; Д — дисфоріческий тип

Рис. 3. Динаміка типів відношення к хворобі пацієнтів з рекуррентним депресивним розладом в групах обстежуваних

Ісследованя динаміки типів відношення к хворобі в 1-й групі продемонструвало змінення типів відношення к хворобі у пацієнтів з рекуррентним депресив-

ним розладом, заключаючієся в підвищенні і преобладанні показателів гармонічного (45,76 ± 11,34 балла) і ергопатіческого (40,11 ± 10,87 балла) типів відношення к хворобі в сочетанні з редукцією ісходних типів відношення к хворобі. Во 2-й групі також набувалась позитивна динаміка, заключаючієся в зниженні показателів меланхоліческого (49,98 ± 12,43 балла), тривожного (46,71 ± 8,56 балла), іпохондрического (49,01 ± 11,12 балла) і апатіческого (49,45 ± 14,34 балла) типів відношення к хворобі, однак змінення типу відношення к хворобі не було зафіксовано. При цьому були виявлені достовірні різниць, отражаючіє більш виражену позитивну динаміку в редукції апатіческого ($t = 3,583, p \leq 0,001$), меланхоліческого ($t = 3,124, p \leq 0,001$), іпохондрического ($t = 3,487, p \leq 0,001$) і тривожного ($t = 2,271, p \leq 0,05$) типів відношення к хворобі у пацієнтів 1-й групи.

Рівень суїцидального ризику у пацієнтів з рекуррентним депресивним розладом до лікування був вище середнього і становив 23,46 балла. Після проходження лікування в обох групах відзначалась позитивна динаміка, заключаючієся в зниженні рівня суїцидального ризику: в 1-й групі рівень суїцидального ризику знизився на 51,75 %, а во 2-й групі — на 17,35 %. При цьому різниць в динаміці між двома групами були достовірно значимі на рівні $t = 3,893, p \leq 0,001$ (рис. 4).

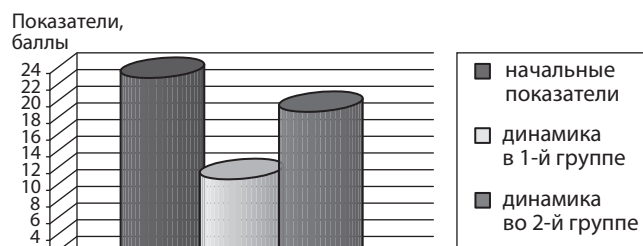
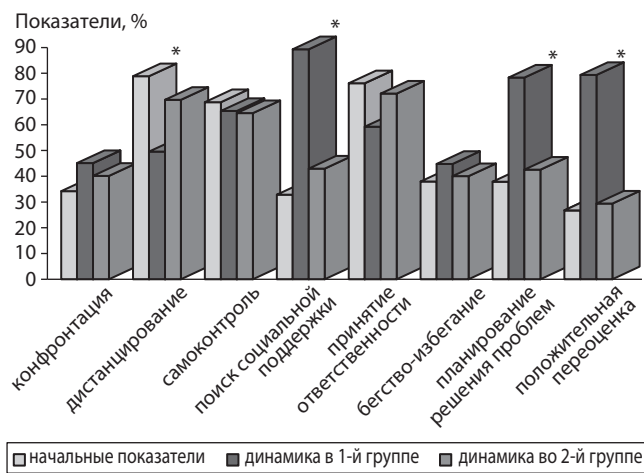


Рис. 4. Динаміка рівня суїцидального ризику у пацієнтів з рекуррентним депресивним розладом в групах обстежуваних

В процесі діагностики стратегій совладання з конфліктними ситуаціями у пацієнтів з рекуррентним депресивним розладом до лікування було виявлено, що преобладаючіми копінг-стратегіями являлись «дистанціювання» (78,86 ± 5,41) %, «приняття відповідальности» (76,12 ± 5,55) % і «самоконтроль» (68,78 ± 5,73) %. Іншими словами, для пацієнтів з рекуррентним депресивним розладом в ситуаціях фрустрації була характерна схильність подолювати негативні переживання за счет суб'єктивного зниження її значимости і степені емоційальної вовлеченности в неє, целенаправленого подавлення і сдерживанія емоцій, личних побуждений і подавлення потребностей, стремления скрывать личні переживання от окружающих, проявляючієся в замкнутости. Виразенность стратегії прийняття відповідальности може приводити к неоправданной самокритике і самобичеванію, переживанію чувства вини і хроніческої неудовлетворенности собой (рис. 5).

Положительная переоценка ситуации (26,78 ± 3,42) %, активное противостояние трудностям и стрессогенному воздействию (34,23 ± 4,14) %, поиск внешних (социальных) ресурсов и действенной поддержки (32,85 ± 4,01) %, целенаправленный анализ ситуации (37,86 ± 4,45) % и избегание ситуации (37,96 ± 4,46) % — эти стратегии преодоления конфликтных ситуаций были менее характерными для пацієнтів з рекуррентним депресивним розладом.



* — достовірність різниць в динаміці між 1-й і 2-й групами на рівні $p \leq 0,05$

Рис. 5. Динаміка стратегій совладання у пацієнтів з рекуррентним депресивним розладом в групах обстежених

Після лікування були виявлені зміни в копінг-стратегіях пацієнтів з рекуррентним депресивним розладом. Так, зміцилася стратегія конфронтації на 10,91% в 1-й групі і на 5,92% — в 2-й групі, що свідчувало про збільшення можливості активного протистояння труднощам і стрессогенному впливу. Також змінилися показники прийняття відповідальності, що проявлялося в зниженні самокритики і самоуниження на 16,89% — в 1-й групі і на 4,01% — в 2-й групі. Однак достовірних різниць між двома групами по даним стратегіям виявлено не було.

Було визначено, що в 1-й групі відзначалася достовірно значима позитивна динаміка по таким показателям способів совладання як «Дистанціювання» ($t = 2,278, p \leq 0,05$), «Поиск соціальної підтримки» ($t = 3,584, p \leq 0,001$), «Планування рішення проблем» ($t = 2,241, p \leq 0,025$) і «Положительна переоцінка» ($t = 3,592, p \leq 0,001$). То єсть, переважало проведення комплексної терапії з використанням психосоціального заохочення, що включалося в активізацію когнітивних зусиль, направлених на зниження обесцєнення власних переживань; в орієнтації пацієнтів на взаємодію з іншими людьми, очікування підтримки, уваги, поради і співчуття; в пошуку способів зміни ситуації, включаючи аналітичний підхід до рішення проблем, а також — в переоцінці ситуації з фокусуванням на особистій реалізації, що в цілому свідчувало про активізацію адаптивних копінг-стратегій.

Вивчення динаміки клініко-психопатологічних проявів під впливом комплексних впливів, включаючи психосоціально-педагогічне, виявило редукцію основних симптоматичних комплексів (астено-депресивний, апатико-депресивний, тривожно-депресивний). В механізмах дії технологій психосоціального заохочення слід виділити трансформацію копінг-стратегій (активація адаптивних форм переолоння, орієнтованих на соціальну підтримку, аналітичний підхід до рішення проблем), перехід дезадаптивних типів відносин до хвороби (апатического, меланхоліеского, іпохондріеского і тривожного) в адаптивні (гармонічний і ергопатіеский) і розвиток особистого ресурса за рахунок особистій реалізації, поліпшення особистих відносин і відчуття підтримки близьких, що визначає високий рівень сприйняття якості життя.

Полученные результаты исследования позволяют заключить, что предложенная психосоциальная программа в структуре комплексной терапии рекуррентного депрессивного расстройства направлена, прежде всего, на социальную реинтеграцию больных за счет мобилизации их внутренних резервов, восстановления уверенности в себе, изменения отношения пациентов к самой болезни и качеству жизни. Разработанная психосоциальная программа может использоваться в качестве лечебно-реабилитационных мероприятий в отделениях психиатрического стационара и психоневрологических диспансерах.

Список литературы

1. Михайлова, И. И. Клинико-психологические факторы, влияющие на стигматизацию психических больных разных нозологических групп / И. И. Михайлова, В. С. Ястребов, С. Н. Ениквинов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2002. — № 7. — С. 58—65.
2. Европейский план действий по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения / Социальная и клиническая психиатрия. — 2005. — № 3. — С. 94—102.
3. Николаев, Е. Л. О психосоциальном подходе к оценке психического здоровья населения / Е. Л. Николаев // Там же. — 2006. — № 3. — С. 38—46.
4. Абдраязкова, А. М. Критерии оценки эффективности психосоциальной реабилитации / А. М. Абдраязкова, В. Г. Булыгина // Российский психиатрический журнал. — 2006. — № 3. — С. 54—58.
5. Кожина, А. М. Психосоциальное образование, как неотъемлемая часть психосоциальной реабилитации лиц молодого возраста, употребляющих психостимуляторы / А. М. Кожина, В. В. Литвиненко // Проблема привабливості наркологічної допомоги. Від служби до послуги : XIV Українська наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Довженківські читання», Харків, 9—10 квітня 2013 р. : тези доп. — Х., 2013. — С. 129—130.
6. Гурович, И. Я. Сберегающе-превентивная психосоциальная реабилитация / И. Я. Гурович // Социальная и клиническая психиатрия. — 2007. — № 1. — С. 5—9.
7. Краснов, В. Н. Направления развития научной и практической психиатрии: расхождения и взаимосвязи / В. Н. Краснов // Там же. — 2008. — № 1. — С. 5—11.
8. Summerfield D. Does psychiatry stigmatise? // J Royal Soc Med. — 2001; 94: 148—149.
9. Validation an efficient quality life index / [Mezzich Juan E., Cohen Neal, Liu Jason et al.] // Abstracts XI World Congress Psychiatry "Psychiatry on New Thresholds". — Hamburg, Germany, 6—11 August 1999. — P. 427—428.
10. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни : методические рекомендации / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова. — Л., 1987. — 16 с.
11. Гавенко, В. Л. Спосіб визначення суїцидального ризику : Патент 40454А, Україна, МКВА61В10/00 / В. Л. Гавенко, В. О. Мангубі, В. М. Сінайко, І. М. Соколова ; заявник і патентовласник — ХДМУ. — № заяв. 2001021010 від 13.02.2001. — Опубл. 16.07.2001, бюл. № 6.
12. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса / Н. Е. Водопьянова. — СПб.: Питер, 2009. — С. 235—239.

Надійшла до редакції 25.08.2015 р.

MARUTA Наталья Александровна, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела неврозов и пограничных состояний, заместитель директора по научно-исследовательской работе Государственного учреждения «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины» (ГУ «ИНПН НАМН Украины»), г. Харьков; e-mail: mscience@ukr.net

КОЖИНА Анна Михайловна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, г. Харьков; e-mail: amkozhdina@rambler.ru

КОЛЯДКО Светлана Петровна, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела неврозов и пограничных состояний ГУ «ИНПН НАМН Украины», г. Харьков; e-mail: s.kolyadko@ukr.net

MARUTA Nataliia, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Neuroses and Borderline Conditions, Deputy Director on Scientific Work of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("INPN of NAMS of Ukraine" SI), Kharkiv; e-mail: mscience@ukr.net

KOZHYNNA Hanna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Kharkiv National Medical University, Kharkiv; e-mail: amkozhdyna@rambler.ru

KOLYADKO Svitlana, Doctor of Medical Sciences, Leading Researcher of the Department Neuroses and Borderline Conditions of the "INPN of NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv; e-mail: s.kolyadko@ukr.net