## Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА “ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ АМН УКРАЇНИ”

БІЛОСТОЦЬКА ЖАННА ІГОРІВНА

## УДК 616.895-037-07-08

**ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ У МЕШКАНЦІВ СІЛЬСЬКОЇ МІСЦЕВОСТІ (КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА, ДІАГНОСТИКА ТА ТЕРАПІЯ)**

14.01.16 – Психіатрія

### АВТОРЕФЕРАТ

**на здобуття наукового ступеня**

**кандидата медичних наук**

Харків - 2008

**Дисертацією є рукопис**

Робота виконана в Державній установі „Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України”

**Науковий керівник:** доктор медичних наук, професор

**Марута Наталія Олександрівна**, ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», заступник директора з наукової роботи, завідувач відділу неврозів та пограничних станів

**Офіційні опоненти:** доктор медичних наук, професор

**Михайлов Борис Володимирович,**  Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, завідувач кафедри психотерапії

доктор медичних наук, професор

**Бабюк Ігор Олексійович,** Донецький національний медичний університет імені М. Горького, завідувач кафедри психіатрії, психотерапії, медичної психології та наркології з курсом сексології ФІПО

Захист дисертації відбудеться “ 11 ” червня 2008 р. о 10.00 годині на Засіданні спеціалізованої вченої ради Д.64.566.01 при Державній установі «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46).

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46).

Автореферат розісланий “ 10 ” травня 2008 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради,

кандидат медичних наук, с. н. с. Л.І. Дяченко

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** Проблема депресивних розладів є однією з основних у сучасній психіатрії(Волошин П.В. зі співавт., 2003; Марута Н.О. зі спів­авт., 2003; Михайлов Б.В., 2004; Напреєнко О.К. зі співавт., 2004; Lee P., 2007). Це обумовлено значним ростом розповсюдженості захворюваності на депресії, інвалідізацією населення працездатного віку, зростанням поширеності суїцидів (Табачников С.І., 2003; Бабюк І.О. зі співавт., 2004; Підкоритов В.С., 2004; Юр`єва Л.Н., 2006).

Питома вага депресивних розладів у структурі загальної патології збільшується в різних країнах світу. В Україні за останні десятиріччя кількість випадків депресивних розладів збільшилася з 2,27% до 3,8% (Бітенський В.С., Мельник Є.В., 2002; Казакова С.Є., 2003; Мішиєв В.Д., 2005; Simons L.A., Havens J., 2007).

У 2 - 5% усього населення світу діагностуються депресивні розлади, що по­требують кваліфікованої медичної допомоги (Абрамов В.А., Васильєва А.Ю., 2001; Кутько І.І., Напреєнко О.К., Козидубова В.М., 2003; Смулевич А.Б., 2003). Суїцидальні спроби здійснюють близько 15% депресивних хворих (Шестопалова Л.Ф., 2000; Сосін І.К. зі співавт., 2003; Mattisson C., 2007).

Серед усіх видів психічних розладів, що призводять до інвалідізації, депресії належить провідне місце: на її долю припадає більш 12%. За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров`я (ВООЗ), до 2020 року ця доля збільшиться до 15%, депресія посідатиме друге місце після ішемічної хвороби серця серед захворювань, що інвалідізують (Чуприков А.П., Пилягіна Г.Я., 2001; Сарторіус Н., 2001).

Дані сучасних досліджень свідчать, що більшість з людей, що страждають на депресивні розлади, не звертаються по кваліфіковану допомогу, а з тих, що звернулись більша частина не приймають антидепресанти амбулаторно або не завершують призначене лікування (Пшук Н.Г. зі співавт., 2003; Беро М.П., 2004; Rost K. et al., 2007). Особливо ця проблема загострюється у сільській місцевості, де недостатність забезпечення необхідної медичної допомоги зумовлена нераціональною інфраструктурою, віддаленістю закладів медичної допомоги від місця проживання населення та недостатністю кадрового забезпечення (Філик В.С., 1990; Чабан О.С., 2004; Кришталь В.В. зі співавт., 2006).

На сучасному етапі встановлено фактори розвитку депресій (соціальні, психологічні, конституціонально-біологічні, нейрохімічні), вивчено клініко-психопатологічну структуру та динаміку депресивних розладів, розроблено стандарти та принципи їх терапії (Самохвалов В.П., 2003; Сухоруков В.І., 2004; Скрипніков А.М., 2006). Однак усі ці дослідження проводились без урахування характеру праці та впливу особливостей місця проживання хворих. Дані щодо депресивних розладів ґрунтуються, в основному, на аналізі міської популяції (Спіріна І.Д., 2001; Гавенко В.Л. зі співавт., 2004).

Поглибленого вивчення депресивних розладів в сільській місцевості України не проводилося, в той же час результати дослідження депресій у мешканців сільської місцевості за кордоном свідчать про певні особливості клініки цих розладів (Uphold C.R. et al., 2005; Rost K. et al., 2007).

Вищевикладене свідчить не лише про медичну, але й соціальну значущість проблеми депресії у мешканців сільської місцевості й необхідність її розробки.

**Зв`язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дослідження проводилось у рамках науково-дослідної теми ДУ «Інституту неврології, психіатрії та наркології Академії медичних наук України» «Дослідити особливості депресивних розладів у хворих похилого віку для розробки критеріїв їх діагностики, лікування та профілактики (шифр АМН.ДР.12.П.07,
№ державної реєстрації 107U000205)».

**Мета дослідження** – клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості формування депресій у мешканців сільської місцевості та розробка на цій основі принципів їх діагностики, диференціальної діагностики та терапії.

**Задачі:**

1. Вивчити клініко-психопатологічну структуру депресій у мешканців сільської місцевості.

2. Проаналізувати причини розвитку депресії у мешканців сільської місцевості.

3. Виявити патопсихологічні особливості формування депресій у зазначеного контингенту хворих.

4. Провести аналіз характеру впливу умов проживання в сільській місцевості на депресивний стан.

5. Вивчити роль соматогенних факторів у ґенезі формування депресій у мешканців сільської місцевості.

6. На основі вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей депресій у мешканців сільської місцевості розробити критерії їх діагностики та диференціальної діагностики.

7. Розробити принципи терапії депресивних розладів у вказаного контингенту хворих.

**Об`єкт дослідження -** депресивні розлади у мешканців сільської місцевості.

**Предмет дослідження -** клініко-анамнестичні, клініко-психопатологічні, патопсихологічні особливості формування депресій у мешканців сільської місцевості**,** принципи їх діагностики та терапії.

**Методи дослідження**. Для реалізації мети та завдань дослідження використано комплекс методів, який містить клініко-психопатологічний, психометричний метод (шкала Гамільтона для оцінки депресій, шкала Монтгомері-Асберг для оцінки депресій, госпітальна шкала тривоги та депресії, шкала оцінки якості життя), психодіагностичний метод (самооціночна проба за Дембо-Рубінштейн, метод колірних виборів, колірний тест відношень, стандартизований метод вивчення особистості) і методи математичної обробки отриманих даних.

**Наукова новизна отриманих результатів**. У дисертаційній роботі впер­ше здійснено теоретичне обґрунтування та представлено нове рішення проблеми діагностики, диференціальної діагностики та терапії депресивних розладів у мешканців сільської місцевості.

Вперше на підставі комплексного клініко-психопатологічного, психометричного, психодіагностичного дослідження отримано дані щодо причин, умов формування, клініко-психопатологічної структури депресивних розладів у мешканців сільської місцевості.

Визначено роль преморбідних типів характеру та психогенних факторів розвитку депресивних розладів у зазначеного контингенту хворих.

Вперше виділено та структуровано соціальні, медичні та ментальні фактори, що обумовлюють збільшення догоспітального перебігу депресій у мешканців сільської місцевості.

Вивчено провідні форми депресивних синдромів у мешканців сільської місцевості, проведено аналіз ініціальних проявів та коморбідності депресивних розладів у зазначеного контингенту хворих.

Вперше проведено вивчення патопсихологічних особливостей депресивних розладів у мешканців сільської місцевості: особливостей самооцінки, колірних виборів, емоційних компонентів відношень, структури особистості.

Науково обґрунтовано критерії діагностики та диференціальної діагностики депресивних розладів у мешканців сільської місцевості.

Розроблено та апробовано принципи терапії та організації допомоги хворим з депресивними розладами, що мешкають у сільській місцевості.

**Практичне значення отриманих результатів.** Значення для клінічної практики мають розроблені критерії діагностики та диференціальної діагностики депресивних розладів у мешканців сільської місцевості, що, у свою чергу, сприяє стандартизації подальшої лікувально-профілактичної тактики відносно даного контингенту хворих. Отримано дані про роль різних факторів у формуванні депресивних розладів у мешканців сільської місцевості, що сприяло встановленню груп з високим ризиком розвитку депресивних розладів та своєчасному проведенню профілактичних заходів щодо їх соціальної дезадаптації та покращанню якості їх життя. Оцінено потреби мешканців сільської місцевості, які страждають на депресивні розлади, у різних видах психіатричної допомоги та психологічної реабілітації, що має важливе практичне значення при організації та наданні медичної допомоги зазначеному контингенту хворих. Розроблено та апробовано принципи терапії, які враховують етіопатогенез та клінічний варіант депресії. Впровадження отриманих результатів у практику дозволило проводити більш ранню діагностику депресій у мешканців сільської місцевості, забезпечити адекватну терапевтичну тактику, сприяти скороченню тривалості лікування і запобіганню стійкої втрати працездатності, покращанню якості життя у зазначеного контингенту хворих.

Результати досліджень використовуються у практичній роботі клінічних відділень Державної установи «Інституту неврології, психіатрії та наркології АМН України», Обласної психіатричної лікарні № 1 (с.Стрілеча, Харківська обл.), Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3, ПНД № 3 (м.Харків), ОПНД (м.Харків), Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О.Ф. Мальцева (м. Полтава), Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні № 1 (м.Київ).

**Особистий внесок здобувача.** Дисертаційна робота є самостійним науковим дослідженням автора. Дисертантом особисто проведено аналіз вітчизняних та іноземних літературних даних, присвячених проблемі депресивних розладів у мешканців сільської місцевості, самостійно виконано патентний пошук, проведено підбір тематичних хворих. Здобувач самостійно обґрунтував напрямки досліджень, провів клініко-анамнестичне, клініко-психопатоло­гічне, психометричне та психодіагностичне обстеження хворих на депресивні розлади, опрацював первинну документацію. Статистична обробка та аналіз отриманих даних, підготовка до друку публікацій за темою дослідження, написання всіх розділів дисертаційної роботи здійснювалися здобувачем також самостійно.

**Апробація результатів дослідження.** Матеріали дисертації доповідалися й обговорювалися на науково-практичних конференціях молодих учених Харківської медичної академії післядипломної освіти (Харків 2005, 2006, 2007), на Пленумах Науково-практичного товариства неврологів, психіатрів та наркологів України: «Якість життя хворих на психоневрологічні розлади та їх сімей (медична та соціальна реабілітація, реінтеграція в суспільство)» (Донецьк, 2005), «Сучасні технології профілактики та лікування нервових, психічних розладів та розладів внаслідок вживання психоактивних речовин» (Луганськ, 2005), «Пароксизмальні стани в неврології, психіатрії та наркології» (Одеса, 2006); на науково-практичних конференціях «Актуальні проблеми соціальної, судової психіатрії та наркології» (Київ, 2006), «Сучасні проблеми профілактики аутоагресивної поведінки» (Харків, 2007) та «Профілактика аутоагресивної поведінки при психічних розладах» (Харків, 2008); на засіданнях наукового товариства психіатрів м. Харкова (Харків, 2007), на III Національному Конгресі (XI з`їзді) неврологів, психіатрів та наркологів України «Профілактика та реабілітація в неврології, психіатрії та наркології» (Харків, 2007).

**Публікації.** За темою дисертації опубліковано 6 друкованих праць, з яких 5 робіт (в тому числі 1 у співавторстві) – у фахових виданнях відповідно до «Переліку» ВАК України.

**Обсяг та структура дисертації.** Основний зміст дисертації викладено на 143 сторінках друкованого тексту, який містить вступ, огляд літератури, 5 розділів власних досліджень, висновки, список використаних джерел. Робота ілюстрована 19 таблицями та 3 малюнками. Список літератури містить 359 джерел (з них 268 мовами з кириличною символікою та 91 - з латинською символікою).

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ**

**Матеріали та методи дослідження.** Для досягнення поставленої мети та задач дослідження нами було обстежено 209 хворих на депресивні розлади (із них 113 мешканців сільської місцевості та 96 мешканців міста). В основну групу обстежених увійшли 38 (33,63%) мешканців сільської місцевості з діагнозом біполярний афективний розлад, поточний депресивний епізод (F31.3 та F31.4); 35 (30,97%) осіб з діагнозом депресивний епізод (F32); 40 (35,40%) осіб з діагнозом рекурентний депресивний розлад (F33). Середній вік обстежених склав 36±2,89 років, співвідношення чоловік/жінка - 0,43. У групу порівняння увійшли 32 (33,33%) мешканця міста з діагнозом біполярний афективний розлад, поточний депресивний епізод (F31.3 та F31.4); 30 (31,25%) осіб з діагнозом депресивний епізод (F32); 34 (35,42%) особи з діагнозом рекурентний депресивний розлад (F33). Середній вік обстежених склав 42±3,12 років, співвідношення чоловік/жінка - 0,52.

Комплекс обстеження складався з клініко-психопатологічного, психометричного та психодіагностичного обстеження хворих. Клініко-психопатоло­гічне дослідження складалось з вивчення анамнезу, архівної та поточної медичної документації, стандартного структурованого клінічного опитування пацієнтів, вивчення динаміки депресивних симптомокомплексів. Оцінювались преморбідні та психогенні фактори, тривалість догоспітального перебігу депресії, проводився синдромологічний аналіз депресивних розладів та аналіз коморбідності.

Психометричний підхід був реалізований за допомогою Шкали Гамільтона(HDRS) для оцінки депресії (Hamilton M., 1967), Шкали Монтгомері-Асберг(MADRS) для оцінки депресії (Montgomery S.A., Asberg M., 1979) та Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS),що запропонована A.S.Zigmond и R.P.Snaith у 1983 р. Оцінку якості життя визначали за Шкалою оцінки якості життя (Mezzich J., Cohen N., Ruiperez M., Liu J., Yoon G. et al., 1999).

При вивченні особливостей особистості серед обстежених, системи їх життєвих відносин використовувався комплекс психодіагностуючих методик: самооціночна проба Дембо-Рубінштейн, метод колірних виборів (МКВ) – адаптація Л.М.Собчик (2003) тесту Люшера (Л.М. Собчик, 2003; Л.Ф. Бурлачук, 2003); колірний тест стосунків (КТС) за А.М. Еткіндом та Є.Ф. Бажиним (1985); стандартизований метод вивчення особистості (СМВО) – адаптована версія MMPI (S.R.Hathaway и J.C.McKinley, 1940).

Результати дослідження аналізувались за допомогою математичної обробки на комп`ютері, їхня статистична достовірність встановлювалась за допомогою критерію t Стьюдента (Л.Ф. Бурлачук, 2003) та непараметричних методів з використанням критеріїв ϕ\* Фішера, Н Крускала-Уоліса, χ2 Пірсона (Є.В. Сидоренко, 2001). В усіх випадках порівнянь визначалася ймовірність випадку розходжень «р». Розходження ураховувались як статистично значимі при p<0,05. Для визначення ступеню схожості-відмінності між двома ієрархічно упорядкованими послідовностями або рангованими профілями використовувався метод рангової кореляції Спірмена. Для визначення ступеня сполученості, синхронності у змінюванні двох чисельно вимірюваних змінних вимірявся коефіцієнт їхньої лінійної кореляції (добутки моментів за Пірсоном).

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Результатами проведених досліджень стали такі висновки: за рівнем освіти особи основної групи середню спеціальну освіту мали 38,94% обстежених, середню - 34,52%, неповну середню - 18,58% і вищу - 7,96%; у групі порівняння вищу освіту мали 35,42% обстежених, середню спеціальну - 32,29%, середню - 30,21% і неповну середню - 2,08%. Тобто, в основній групі депресивні розлади достовірно частіше зустрічалися серед осіб з неповною середньою освітою та достовірно рідше серед осіб з вищою освітою.

За розподілом сімейного стану достовірних розходжень в обстежених групах не виявилося: серед обстежених основної групи було одружених 57,52%, неодружених 23,89%, розлучених 10,62%, вдових 4,42%. Серед обстежених групи порівняння одружених було 46,88%, неодружених 29,17%, розлучених 15,63%, вдових 8,33%.

Подальший аналіз щодо працевлаштованості в обстежених групах виявив, що в основній групі не мали постійної роботи 52,21% хворих, фізичною працею займалися 41,59% обстежених, розумовою - 6,19%. У групі порівняння не мали постійної роботи 39,58% пацієнтів, фізичною працею займалися 33,33% обстежених, розумовою - 27,08%. Результати дослідження свідчать про те, що депресивні розлади у мешканців сільської місцевості достовірно частіше, ніж серед мешканців міста, зустрічаються у зайнятих фізичною працею та серед тих, хто не мають постійної роботи, а також достовірно рідше серед осіб, зайнятих розумовою діяльністю.

Вивчення спадкової обтяженості показало, що в основній групі у спадковості виявлялися соматичні захворювання у 76,10% обстежених, алкогольна залежність - у 37,17%, неврологічні захворювання - у 15,93%, особистісні аномалії - у 12,39%, психічні розлади виявлялися у 9,73% обстежених і всі – депресії; у групі порівняння у спадковості виявлялися соматичні захворювання у 84,38% обстежених, неврологічні захворювання - у 25,00%, алкогольна залежність - у 21,88%, особистісні аномалії - у 9,38%, психічні розлади у 5,21% обстежених, з них депресії - 4,17%. Серед екзогенно-органічних уражень в анамнезі в основній групі було виявлено наявність інфекцій (28,32%), інтоксикацій (14,16%), патології вагітності (11,50%), патології пологів (9,73%), черепно-мозкові травми (4,42%). У групі порівняння було виявлено інфекції (36,46%), патології пологів (10,42%), патології вагітності (9,38%), черепно-мозкові травми (7,29%) та інтоксикації (6,25%). Узагальнюючи представлені дані, слід відзначити, що в основній групі достовірно частіше, ніж у групі порівняння, зустрічалися алкогольна залежність у спадковості (37,17% проти 21,88%) та інтоксикації у анамнезі (14,16% проти 6,25%).

Результати клініко-психопатологічного дослідження свідчать про те, що в преморбіді у хворих на депресії мешканців села зустрічалися астенічний (19,47%), психастенічний (18,58%), невизначений, або мозаїчний (18,58%), сенситивний (15,93%), лабільний (10,62%), дистимічний (10,62%), застрягаючий (2,65%), істероїдний (1,77%), нестійкий (0,88%) та конформний (0,88%) типи характеру. У хворих на депресії мешканців міста в преморбіді зустрічалися психастенічний (24,96%), астенічний (17,79%), невизначений, або мозаїчний (16,67%), істероїдний (10,42%), застрягаючий (7,29%), дистимічний (7,29%), нестійкий (6,25%), сенситивний (5,21%), лабільний (2,08%) та циклоїдний (1,04%) типи характеру. Таким чином, в основній групі достовірно частіше зустрічалися лабільний та сенситивний типи, достовірно рідше – нестійкий та істероїдний типи характеру.

Серед різноманітних психогенних факторів у мешканців сільської місцевості, хворих на депресії, були такі: тяжка хвороба або смерть близьких (16,81%), тривале психічне перенапруження (13,27%), соціальна не адаптованість (8,85%), смерть домашньої худоби (6,19%), сімейні конфлікти (6,19%), операція з приводу фіброміоми у жінок (5,31%), різка зміна життєвого стереотипу (4,42%) та ситуації підвищеної відповідальності (1,77%). У обстежених групи порівняння розвитку депресій передували тяжка хвороба або смерть близьких (20,83%), сімейні конфлікти (8,33%), тривале психічне перенапруження (6,25%), операція з приводу фіброміоми у жінок (4,17%), ситуації підвищеної відповідальності (3,13%), різка зміна життєвого стереотипу (2,08%), смерть домашньої худоби (1,04%) та соціальне неблагополуччя (1,04%). Аналіз психогенних факторів показав, що в основній групі достовірно частіше, ніж у групі порівняння, зустрічалися смерть домашніх тварин, тривале психічне перенапруження та соціальне неблагополуччя.

Нами було виявлено, що у мешканців сільської місцевості, хворих на депресії, догоспітальний перебіг захворювання втричі більший (в середньому 1,31±0,29 років), ніж серед мешканців міста (в середньому 0,4±0,19 років), що наведено у табл. 1.

Таблиця 1

**Тривалість догоспітального перебігу депресивних розладів
у мешканців сільської місцевості**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тривалість перебігу депресії | Основна група(n = 113)% ± m% | Група порівняння(n = 96)% ± m% | Достовірністьрозходжень заφ\*- критерієм |
| До 1 місяця | 0,88 ± 0,88 | 5,21 ± 2,27 | p<0,05 |
| До 2 місяців | 2,65 ± 1,51 | 9,38 ± 2,98 | p<0,05 |
| До 3 місяців | 3,54 ± 1,74 | 30,21 ± 4,69 | p<0,001 |
| До 6 місяців | 6,19 ± 2,27 | 33,33 ± 4,81 | p<0,01 |
| До 1 року | 38,94 ± 4,59 | 15,63 ± 3,71 | p<0,01 |
| Більше 1 року | 47,79 ± 4,70 | 6,25 ± 2,47 | p<0,001 |

Серед факторів, що призводять до трикратного збільшення догоспітального перебігу депресій у мешканців сільської місцевості, нами були виділені соціальні, медичні та ментальні. Соціальні фактори: відсутність анонімно- та амбулаторно-консультативної служб (91,15%), відсутність психотерапевтичної допомоги (91,15%), зменшена можливість швидко отримати допомогу від висококваліфікованого спеціаліста, труднощі у транспортному сполученні, віддаленість населеного пункту (84,96%), низький рівень освіти сільського населення, менша інформованість про причини, прояви, закономірності перебігу захворювання, вірогідні прогнози, сучасні медикаментозні та альтернативні засоби терапії (64,60%), недоступність застосування антидепресантів останніх поколінь (41,59%). Серед медичних факторів відзначено низький рівень діагностики депресивних розладів дільничними психіатрами та лікарями первинного ланцюга (64,60%), труднощі у вербалізації скарг мешканцями сільської місцевості, зумовлені низьким рівнем освіти, недостатня інформованість населення (39,82%), соматизація скарг, схильність сільських мешканців приділяти більше уваги своєму соматичному стану (37,17%). Серед ментальних факторів слід зазначити такі: відповідальність, пов`язана з веденням домашнього господарства (97,35%), стигматизація (76,11%), особливості менталітету, завдяки якому хворі звертаються до знахарів, целітелів та священнослужителів (40,71%), недовіра лікарям у зв`язку з негативним власним досвідом або досвідом односільчан (23,89%).

Серед ініціальних проявів депресій у мешканців сільської місцевості було встановлено наявність сомато-вегетативних симптомів (90,27%), загальної слабкості (87,61%), порушення сну (84,96%), поганий настрій (84,96%), підвищена стомлюваність (82,30%), дратівливість (76,11%), відсутність задоволення від діяльності, яка раніше задовольняла (76,11%), емоційна лабільність (64,60%), психомоторна загальмованість (64,60%), тривога (41,59%), зниження самооцінки, невпевненість у собі (41,59%), втрата емоційної реактивності на раніш приємні події (40,71%), вегетативні пароксизми (39,82%), відчуття страху (37,17%), порушення апетиту (23,89%). Серед ініціальних проявів депресій у мешканців міста відзначалося порушення сну (96,88%), зниження настрою (96,88%), підвищена стомлюваність (85,42%), сомато-вегетативні симптоми (85,42%), дратівливість (80,21%), загальна слабкість (79,17%), відсутність задоволення від діяльності, яка раніше задовольняла (79,17%), емоційна лабільність (70,83%), психомоторна загальмованість (59,38%), відчуття страху (50,00%), втрата емоційної реактивності на раніш приємні події (42,71%), зниження самооцінки та почуття впевненості у собі (42,71%), тривога (29,17%), вегетативні пароксизми (28,13%) та порушення апетиту (22,92%). Таким чином, в основній групі достовірно частіше, ніж у групі порівняння, депресивні розлади розпочиналися із загальної слабкості, тривоги та вегетативних пароксизмів, достовірно рідше – з відчуття страху та втрати задоволення від діяльності, яка раніше задовольняла.

Серед депресивних синдромів у обстежених основної групи були виділені такі: тривожний (ажитований) - у 40,71%, тужливий (меланхолійний) - у 32,74%, сенесто-іпохондричний - у 20,35%, апатико-адинамічний - у 3,54%, астено-анергічний - у 1,77% та обсесивно-депресивний - у 0,88% хворих. У групі порівняння тужливий (меланхолійний) депресивний синдром зустрічався у 42,71%, тривожний (ажитований) – у 29,17%, сенесто-іпохондричний – у 10,42%, апатико-адинамічний - у 5,21%, астено-анергічний – у 4,17% та обсесивно-депресивний – у 0,88% обстежених. Тобто, у хворих основної групи реєструвалося достовірне домінування тривожного (ажитованого) та сенесто-іпохондричного депресивних синдромів, достовірно меншою була кількість хворих з обсесивно-депресивним синдромом.

У процесі проведеного дослідження серед обстежених осіб основної групи було виділено такі види коморбідної патології: захворювання серцево-судинної системи - у 68,14%, в тому числі ішемічна хвороба серця - у 38,05%, гіпертонічна хвороба - у 30,97%, атеросклероз - у 38,05%, серцево-судинна недостатність – у 45,13%; захворювання травної системи виявлено у 42,48%, в тому числі хронічний гастрит - у 26,55%, виразкова хвороба - у 10,62%, хронічний холецистит - у 18,58% та хронічний панкреатит - у 12,39% обстежених; обмінно-ендокринні захворювання - у 41,59% обстежених, в тому числі тиреотоксикоз - у 15,04%, гіперплазія щитовидної залози - у 17,70%, цукровий діабет - у 9,73%; алкогольну залежність виявлено у 30,09% обстежених основної групи; захворювання сечостатевої системи у 23,01%, у тому числі хронічний простатит у чоловіків - 5,31%, хронічний аднексит у жінок - 10,62%, хронічний пієлонефрит - 7,08%; захворювання дихальної системи - у 19,47% були представлені хронічним бронхітом. Таким чином, серед мешканців сільської місцевості достовірно частіше, ніж у мешканців міста серед коморбідної патології зустрічалася алкогольна залежність (30,09% основної групи та 13,54% групи порівняння).

Дані психометричного дослідження за шкалою HADS виявили у більшості хворих основної групи клінічно виражену тривогу (90,27%) та депресію (80,53%), у групі порівняння клінічно виражена тривога реєструвалася достовірно рідше (78,13%). Відсутність тривоги відзначалось в основній групі достовірно рідше (1,77% в основній та 10,62% у групі порівняння).

За шкалою HDRS, у 79,65% обстежених основної групи виявлявся важкий ступінь депресії, легкий - у 20,35% обстежених. У порівнянні з групою мешканців міста достовірних розходжень виявлено не було.

Оцінка депресії за шкалою MADRS в основній групі показала, що тяжкий (великий) депресивний епізод було виявлено у 87,61% обстежених, помірний депресивний епізод – у 8,85% і легкий депресивний епізод – у 3,54% обстежених. Дані за шкалою MADRS свідчать, що у групі порівняння було достовірно менше хворих з тяжким (великим) депресивним епізодом (75,0%) та достовірно більше – з легким депресивним епізодом (10,62%).

Вивчення суб`єктивної якості життя хворих основної групи до лікування показало більш низький її рівень (37,52±0,50), ніж серед мешканців міста (41,06±0,21), що було обумовлено достовірним розходженням за показниками «Суспільної та службової підтримки» (1,81 в основній та 4,00 у групі порівняння), «Фізичного благополуччя» (1,24 в основній та 3,20 у групі порівняння) та «Психологічного благополуччя» (3,19 в основній та 3,87 у групі порівняння). Родичі хворих оцінювали якість життя пацієнтів вище, ніж вони самі, а оцінки лікарів були вищими за оцінки родичів, що представлено у табл. 2.

Таблиця 2

**Розходження суб`єктивних та об`єктивних оцінок якості життя**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Пункт анкети | Основна група(n = 113), m ± M | Група порівняння(n = 96), m ± M |
| Хворі | Родичі | Лікарі | Хворі | Родичі | Лікарі |
| Фізичне благополуччя | 1,24 ± 0,12 | 4,81 ± 0,31 | 5,14 ± 0,10 | 3,20 ± 0,26 | 4,93 ± 0,28 | 5,20 ± 0,11 |
| Психологічне благополуччя | 3,19 ± 0,24 | 3,71 ± 0,25 | 3,90 ± 0,19 | 3,87 ± 0,19 | 3,93 ± 0,25 | 4,00 ± 0,10 |
| Самообслуговування | 4,48 ± 0,39 | 5,19 ± 0,22 | 5,90 ± 0,25 | 4,60 ± 0,16 | 5,53 ± 0,19 | 6,13 ± 0,22 |
| Працездатність | 3,90 ± 0,39 | 4,90 ± 0,30 | 5,19 ± 0,25 | 4,33 ± 0,19 | 5,20 ± 0,14 | 5,40 ± 0,13 |
| Міжособистісна взаємодія | 5,19 ± 0,42 | 5,52 ± 0,24 | 6,05 ± 0,11 | 5,40 ± 0,19 | 5,93 ± 0,21 | 6,13 ± 0,24 |
| Соціо-емоційна підтримка | 3,81 ± 0,31 | 6,00 ± 0,17 | 6,52 ± 0,18 | 3,93 ± 0,23 | 6,40 ± 0,13 | 6,73 ± 0,21 |
| Суспільна підтримка | 1,81 ± 0,21 | 3,00 ± 0,25 | 3,90 ± 0,15 | 4,00 ± 0,10 | 5,53 ± 0,27 | 5,80 ± 0,22 |
| Особистісна реалізація | 4,14 ± 0,28 | 4,19 ± 0,22 | 4,43 ± 0,11 | 4,20 ± 0,17 | 4,80 ± 0,22 | 4,60 ± 0,24 |
| Духовна реалізація | 6,76 ± 0,28 | 4,71 ± 0,29 | 5,19 ± 0,13 | 4,33 ± 0,21 | 5,00 ± 0,17 | 4,93 ± 0,12 |
| Загальне сприйняття якості життя  | 3,00 ± 0,25 | 4,24 ± 0,25 | 4,90 ± 0,19 | 3,20 ± 0,26 | 4,53 ± 0,17 | 4,93 ± 0,12 |

Вивчення самооцінки показало, що хворі на депресивні розлади в сільській місцевості відчувають себе більш комунікабельними (p<0,01) та менш нещасними (p<0,05), але при цьому більш хворими, ніж пацієнти групи порівняння (табл. 3).

Результати методу колірного вибору свідчать, що у пацієнтів сільській місцевості домінантними є такі якості, як відкрита тривожність та зміщення на перші позиції ряду тих якостей, що найбільш пригнічені хворобою: висока потреба в активності та діяльності, у турботливому ставленні до себе, у соціальній адаптованості, а також інтровертованість, ригідність та схильність до застрягань (табл. 4).

Таблиця 3

**Середні показники самооцінки мешканців сільської місцевості, хворих на депресивні розлади**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Шкала самооцінки | Основна група(n = 113) m ± M | Група порівняння(n = 96) m ± M | Достовірністьрозходжень заt-критерієм |
| Дурний-розумний | 4,01 ± 0,98 | 3,43 ± 1,08 | - |
| Хворий-здоровий | 2,13 ± 0,39 | 3,84 ± 0,45 | р<0,01 |
| Нещасний-щасливий | 3,95 ± 0,57 | 2,61 ± 0,33 | р<0,05 |
| Характер поганий-добрий | 4,52 ± 1,30 | 4,18 ± 0,88 | - |
| Замкнутий-товариський | 5,27 ± 0,82 | 2,03 ± 0,43 | р<0,01 |
| Сумний-веселий | 2,06 ± 1,01 | 2,74 ± 1,16 | - |
| Запальний-спокійний | 6,63 ± 1,44 | 5,97 ± 0,95 | - |

Таблиця 4

**Основні тенденції надання переваги кольору у залежності від
депресивного синдрому, що домінує**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Синдром | Основна група | Група порівняння |
| Тужливий (меланхолійний) | n = 37 | 4 3 1 5 6 0 7 2 | n = 41 | 3 5 1 0 6 4 7 2 |
| А = 3 | А = 4 |
| КВБ = 2,143 | КВБ = 1,571 |
| Тривожний(ажитований) | n = 46 | 1 3 0 4 5 7 2 6 | n = 28 | 5 4 2 1 6 0 7 3 |
| А = 3 | А = 3 |
| КВБ = 1,2 | КВБ = 0,727 |
| Апатіко-адинамічний | n = 4 | 1 2 0 4 3 6 5 7 | n = 5 | 4 0 5 1 6 3 2 7 |
| А = 1 | А = 5 |
| КВБ = 0,6 | КВБ = 1,571 |
| Обсесивно-депресивний | n = 1 | 1 3 2 5 6 4 0 7 | n = 8 | 5 2 6 1 4 7 0 3 |
| А = 1 | А = 4 |
| КВБ = 0,714 | КВБ = 0,417 |
| Сенесто-іпохондричний | n = 23 | 6 3 2 0 1 4 7 5 | n = 10 | 4 5 3 6 1 7 2 0 |
| А = 4 | А = 2 |
| КВБ = 1 | КВБ = 2,333 |
| Астено-анергічний | n = 2 | 1 0 2 5 6 3 4 7  | n = 4 | 0 1 2 5 7 6 4 3 |
| А = 5 | А = 8 |
| КВБ = 0,357 | КВБ = 0,231 |

Вивчення емоційних компонентів відношень щодо стимульних понять показало нижчу значущість в основній групі за такими: «я» (p<0,05), «діти» (p<0,05), «здоров`я» (p<0,05), та більш високу значущість щодо понять «батько» (p<0,01), «робота» (p<0,01) та «домашня худоба» (p<0,05).

Згідно з результатами стандартизованого методу вивчення особистості (MMPI), усереднений профіль СМВО в основній групі хворих віддзеркалює підвищену тривожність, депресивність та наявність високого суїцидального ризику. В основній групі достовірно більший (р<0,05) рівень іпохондричності, фіксованості на проблемах здоров`я, а також рівень ригідності (паранойяльності). В основній групі виявляється також менший (р<0,05) рівень істероїдності та соціальної інтроверсії (р<0,01).

На основі порівняння депресій у мешканців сільської місцевості з депресіями мешканців міста було розроблено дві групи диференціально-діагностичних критеріїв: клініко-психопатологічні (характер скарг, преморбідні особливості, психогенні фактори, догоспітальна тривалість хвороби, особливості клінічної картини, особливості якості життя) та клініко-патопсихологічні (особливості самооцінки, оцінка особливостей надання переваги кольору, особливості емоційних компонентів відношень та структура особистості).

Проведене дослідження дозволило розробити принципи терапії та організації допомоги мешканцям сільської місцевості.

Допомога хворим на депресію у сільській місцевості надається амбулаторно або стаціонарно залежно від клінічного перебігу захворювання бригадою фахівців (сімейний лікар, психіатр, нарколог, медичний психолог та психотерапевт). Мета проведеної терапії спрямовано на такі аспекти: зниження вираженості та повне усунення усіх проявів депресивного розладу, відновлення соціального функціонування на дохворобливому рівні, зниження ризиків загострення та розвитку наступного депресивного епізоду. Процес лікування складається з таких етапів: активна терапія, стабілізуюча терапія та підтримуюча терапія. Основу лікування складають фармако- та психотерапія. Фармакотерапія: використання антидепресантів, антиконвульсантів, стабілізаторів настрою, бензодіазепинів, нейролептиків, ноотропів, засобів, що впливають на мікроциркуляцію та метаболічні процеси. Враховуючи клініко-психо­патологічні особливості депресій у мешканців сільської місцевості застосовувалися препарати груп селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну (СІЗЗС) і норадренергічні та специфічні серотонінергічні антидепресанти (НаССА). Принципами терапії у хворих на депресії мешканців сільської місцевості слід вважати: надання допомоги за місцем проживання (при відсутності необхідності госпіталізації), надання допомоги мультидисциплінарною бригадою (сімейний лікар, психіатр, нарколог, медичний психолог та психотерапевт), застосування політерапії (антидепресанти у поєднанні з антиконвульсантами або нейролептиками); обов`язковим є використання раціональної психотерапії, спрямованої на розуміння хвороби.

Оцінювання ефективності лікування депресивних розладів здійснювалась на основі комплексного підходу. При цьому використовувались клінічний, психометричний критерій та критерій якості життя. При оцінюванні ефективності лікування використовувались такі градації стану хворих: видужання, значне покращання, покращання, відсутність позитивної динаміки.

Отримані в ході дослідження результати свідчать, що після проведеного комплексного лікування з урахуванням розробленої схеми терапії депресивних розладів у мешканців сільської місцевості видужання реєструвалося у 77 (68,14%), значне покращання – у 23 (20,35%), покращання – у 13 (11,50%) пацієнтів. Відсутності позитивної динаміки та погіршення стану не відзначено. Результати ефективності лікування без урахування розробленої схеми хворих на депресії мешканців міста розподілено наступним чином: видужання у 43 (44,79%) пацієнтів, значне покращання – у 24 (25,00%), покращання – у 15 (15,63%), відсутність позитивної динаміки – у 14 (14,58%) пацієнтів. Погіршення стану не відзначено.

Наведені дані переконливо свідчать про те, що система терапевтичних заходів серед хворих на депресивні розлади мешканців сільської місцевості, розроблена й апробована у медичній практиці, має високу ефективність.

**ВИСНОВКИ**

1. У дисертації наведено результати аналізу, теоретичне узагальнення та новий підхід у вирішенні наукового завдання удосконалення діагностики, диференціальної діагностики та терапії депресій у мешканців сільської місцевості на основі вивчення причин, механізмів та закономірностей їхнього формування і клінічних проявів.

2. Показано, що тривалість догоспітального перебігу депресій у мешканців сільської місцевості є втричі більшою і складає 1,31±0,29 років (у мешканців міста 0,4±0,19 років, р<0,01).

3. Виявлено, що в основній групі частіше зустрічаються лабільний (10,62% проти 2,08% групи порівняння, p*<*0,01) та сенситивний (15,93% проти 5,21% групи порівняння, p*<*0,01), рідше – нестійкий (0,88% проти 6,25% групи порівняння, p*<*0,05) та істероїдний (1,77% проти 10,42% групи порівняння, p*<*0,01) типи акцентуації характеру.

4. Показано, що розвитку депресій у мешканців сільської місцевості передують різноманітні провокуючі фактори, серед яких тяжка хвороба або смерть близьких - 16,81% (20,83% у групі порівняння), тривале психічне перенапруження - 13,27% (6,25% у групі порівняння, p*<*0,05), соціальне неблагополуччя - 8,85% (1,04% у групі порівняння, p*<*0,05), смерть домашньої худоби - 6,19% (1,04% у групі порівняння, p*<*0,05), сімейні конфлікти - 6,19% (8,33% у групі порівняння), операція з приводу фіброміоми у жінок - 5,31% (4,17% у групі порівняння), різка зміна життєвого стереотипу - 4,42% (2,08% у групі порівняння), ситуації підвищеної відповідальності - 1,77% (3,13% у групі порівняння).

5. Серед депресивних синдромів у мешканців сільської місцевості виділено такі: тривожний (ажитований) - 40,71% (29,17% у групі порівняння, *p<*0,05), тужливий (меланхолійний) – 32,74% (42,71% у групі порівняння), сенесто-іпохондричний 20,35% (10,42% у групі порівняння, *р<*0,05), апатико-адинамічний – 3,54% (5,21% у групі порівняння), астено-анергічний – 1,77% (4,17% у групі порівняння), обсесивно-депресивний - 0,88% (8,33% у групі порівняння, *р<*0,01) синдроми.

6. Аналіз коморбідності у клінічній картині депресивних розладів показав, що в сільській місцевості достовірно частіше зустрічається алкогольна залежність (30,09% проти 13,54% у групі порівняння, p*<*0,01). В основній групі частіше реєструється алкогольна залежність у спадковості (37,17% проти 21,88% у групі порівняння, p*<*0,01) та інтоксикації в анамнезі (14,16% проти 6,25% у групі порівняння, p*<*0,05).

7. За даними психометричної оцінки, за шкалою HADS у мешканців сільської місцевості частіше реєструється клінічно виражена тривога (90,27% проти 78,13% групи порівняння, p*<*0,01). За шкалою MADRS важкий депресивний епізод частіше зустрічається в основній групі (87,61% проти 75,00% групи порівняння, p*<*0,01) та рідше - легкий депресивний епізод (3,54% проти 10,62% групи порівняння, p*<*0,01). Суб`єктивна якість життя пацієнтів сільської місцевості до лікування достовірно нижча, ніж у групі порівняння (інтегральний показник якості життя для основної групи складає 37,52±0,50, для групи порівняння 41,06±0,21, р*<*0,01). Достовірне розходження спостерігається за пунктами «Духовна реалізація» (в основній групі вище, р*<*0,01), «Суспільна та службова підтримка» (в основній групи нижче, р*<*0,001), «Фізичне благополуччя» (в основній групи нижче,р*<*0,01) та «Психологічне благополуччя» (в основній групи нижче, р*<*0,05).

8. Вивчено основні патопсихологічні характеристики хворих на депресивні розлади, що мешкають у сільській місцевості. Пацієнти основної групи почувають себе більш комунікабельними (р<0,01) та менш нещасними (р<0,05), але при цьому більш тяжко хворими (р<0,01), ніж пацієнти групи порівняння. Вивчення емоційних компонентів відношень показало достовірно більшу значимість та емоційну привабливість в основній групі за стимульними поняттями «домашні тварини» (р<0,05) «батько» (р<0,01) та «робота» (р<0,01). Меншою значущістю були наділені поняття «я» (р<0,05), «діти» (р<0,05) та «здоров`я» (р<0,05). При вивченні структури особистості сільські пацієнти з депресивними розладами випереджають міських за середнім рівнем іпохондричності (р<0,05) та паранойяльності (р<0,05), але відстають за шкалою істероїдності (р<0,05) і за параметром соціальної інтроверсії (р<0,01).

9. Розроблено принципи діагностики та диференційної діагностики депресивних розладів у мешканців сільської місцевості, які містять клініко-психопатологічні (характер скарг, преморбідні особливості особистості, провокуючі фактори, догоспітальна тривалість хвороби, особливості клінічної картини, особливості якості життя) та клініко-патопсихологічні критерії (особливості самооцінки, оцінка особливостей надання переваги кольору, особливості емоційних компонентів відношень та структура особистості).

10. За результатами клініко-психопатологічного та патопсихологічного аналізу депресій у мешканців сільської місцевості було розроблено принципи терапії даної патології, в яких поєднуються фармако- та психотерапія. Оцінювання ефективності розробленої системи свідчить про її високий рівень у порівнянні з іншими, в яких не враховуються зазначені принципи.

**СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Вовк И. Л., Белостоцкая Ж. И. Распространенность, выявляемость депрессивных расстройств в районах Харьковской области (исследование за
5-летний период) / И. Л. Вовк, Ж. И. Белостоцкая //Укрaїнський вiсник психоневрологiї. - 2005. - Т. 13, вип. 1(39). – С.49-54. (Здобувачем особисто проведене клінічне обстеження всіх пацієнтів, виконано аналіз отриманих даних, розроблено схему діагностики, диференціальної діагностики та лікування).
2. Белостоцкая Ж. И. Принципы диагностики и дифференциальной диагностики депрессивных расстройств у жителей сельской местности / Ж. И. Белостоцкая // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 3(52). – С. 33-36.
3. Белостоцкая Ж. И. Некоторые особенности депрессивных расстройств у лиц проживающих в сельской местности / Ж. И. Белостоцкая //Укрaїнський вiсник психоневрологiї. – 2007. – Т. 15, вип. 1(50). - С. 155.
4. Белостоцкая Ж. И. Клинико-психопатологические проявления депрессий у жителей сельской местности / Ж. И. Белостоцкая // Международный медицинский журнал. – 2007. - № 4. – С. 23-25.
5. Белостоцкая Ж. И. Особенности личности и депрессивных расстройств у жителей сельской местности / Ж. И. Белостоцкая // Медицинская психология. – 2007. – Т. 2, № 4. – С. 28-33.
6. Білостоцька Ж. І. Розповсюдженість та виявлення депресивних розладів у районах Харківської області : матеріали наук.-практ. конф. молодих вчених [«Досягнення молодих вчених – майбутнє медицини»], (Харків, 22 лист. 2005 р.). – Х., 2005. – С. 11.

**АНОТАЦІЯ**

Білостоцька Ж.І. Депресивні розлади у мешканців сільської місцевості (клініко-психопатологічна характеристика, діагностика та терапія). – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. – ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України». – Харків, 2008.

Дисертація присвячена проблемам депресивних розладів у мешканців сільської місцевості. В ході проведеного дослідження обстежено 209 хворих на депресії, із них 113 мешканців сільської місцевості та 96 мешканців міста. На основі комплексного клініко-анамнестичного, клініко-психопато­логіч­но­го, психометричного, психодіагностичного, статистичних методів досліджено причини, умови формування, клініко-психопатологічна структура депресивних розладів у мешканців сільської місцевості. Визначено роль преморбідних типів характеру та психогенних факторів розвитку депресивних розладів у вказаного контингенту хворих. Виділено та структуровано соціальні, медичні та ментальні фактори, що обумовлюють трикратне збільшення догоспітального перебігу депресій у мешканців сільської місцевості. Вивчено провідні форми депресивних синдромів у мешканців сільської місцевості, проведено аналіз ініціальних проявів та коморбідності депресивних розладів у вказаного контингенту хворих. Вивчено особливості самооцінки, колірних виборів, емоційних компонентів відношень, структури особистості у хворих на депресивні розлади мешканців сільської місцевості.

Науково обґрунтовано критерії діагностики та диференціальної діагностики депресивних розладів у мешканців сільської місцевості, розроблено та апробовано принципи терапії та організації допомоги хворим на депресивні розлади, що мешкають у сільській місцевості.

*Ключові слова:* депресивні розлади, сільська місцевість, клініко-психопато­логічна характеристика, патопсихологічні особливості, діагностика, фармакотерапія, психотерапія.

**АННОТАЦИЯ**

Белостоцкая Ж.И. Депрессивные расстройства у жителей сельской местности (клинико-психопатологическая характеристика, диагностика и лечение). – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.16 – психиатрия. – Государственное учреждение
«Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины. – Харьков, 2008.

Диссертация посвящена проблемам депрессивных расстройств у жителей сельской местности. Настоящее исследование заключалось в комплексном анализе, изучении клинико-психопатологической структуры и патопсихологических особенностей депрессивных расстройств у жителей сельской местности.

В ходе проведенного исследования обследовано 209 больных депрессиями, из них 113 жителей сельской местности, составивших основную группу, и 96 больных депрессиями, жителей города, образовавших группу сравнения. Распределение обследованных больных по диагностическим рубрикам было следующим: биполярное аффективное расстройство, текущий депрессивный эпизод (F31.3 и F31.4) - 33,63% в основной и 33,33% в группе сравнения;
депрессивный эпизод (F32) - 30,97% в основной и 31,25% в группе сравнения и рекуррентное депрессивное расстройство (F33) - 35,40% в основной и 35,42% в группе сравнения.

На основе комплексного клинико-анамнестического, клинико-психопато­логического, психометрического, психодиагностического, статистического методов исследованы причины, условия формирования, клинико-психопато­логическая структура депрессивных расстройств у жителей сельской местности.

Проанализированы преморбидные типы акцентуации характера у названного контингента больных: лабильный, астенический, истероидный, застревающий, сенситивный, психастенический, дистимический, неустойчивый, конформный, циклоидный и неопределенный, или мозаичный.

Определена роль психогенных факторов в развитии депрессивных расстройств у жителей сельской местности: тяжелая болезнь или смерть близких, смерть домашних животных, семейные конфликты, длительное психическое перенапряжение, социальное неблагополучие, резкая смена жизненного стереотипа, ситуации повышенной ответственности, операция по поводу фибромиомы у женщин.

Выделены и структурированы социальные, медицинские и ментальные факторы, обусловливающие троекратное увеличение догоспитального течения депрессий у жителей сельской местности.

Изучены ведущие формы депрессивных синдромов у жителей сельской местности: тоскливый (меланхолический), тревожный (ажитированный), апатико-адинамический, обсессивно-депрессивный, сенесто-ипохондрический и астено-анергический.

Проведен анализ инициальных проявлений и коморбидности депрессивных расстройств у названного контингента больных.

Изучены особенности самооценки, цветовых выборов, эмоциональных компонентов отношений, структуры личности у страдающих депрессиями жителей сельской местности.

Проведенное исследование позволило научно обосновать критерии диагностики и дифференциальной диагностики. Выделены 2 группы дифференциально-диагностических критериев: клинико-психопатологические и клинико-патопсихологические.

Результаты исследования внедрены в практику медицинских амбулаторных и стационарных служб психиатрической помощи.

Разработанные в ходе исследования и внедрения в практическую деятельность принципы терапии депрессивных расстройств у жителей сельской местности обладают высокой эффективностью.

*Ключевые слова:*депрессивные расстройства, сельская местность, клинико-психопатологическая характеристика, патопсихологические особенности, диагностика, фармакотерапия, психотерапия.

**ANNOTATION**

Bilostotska Zh. I. Depressive disorders in inhabitants in of rural areas (clinical-psychopathological description, diagnosis and therapy). – Manuscript.

Dissertation for a candidate’s of medical sciences degree by speciality 14.01.16 – psychiatrics. – State Institution «Institute for neurology, psychiatrics and narcology of AMS of Ukraine». – Kharkiv, 2008.

Dissertation deals with the problems of depressive disorders in the inhabitants of rural areas. In the carried research 209 patients were observed with depression, among them there were 113 inhabitants of the rural area and 96 – urban inhabitants. On the basis of the complex clinical data, history, clinical psychopathological, psychometric, psychodiagnostical, statistical methods, the causes have been investigated, condition for the formation, clinical-psychopathological structure of depressive disorders in the rural inhabitants has been studied. The role of premorbid types of the character and psychogenic factors in the development of the depressive disorders in the mentioned cohort of the patients has been determined. Social, medical and mental factors that determine the increased pre-hospital course of the depressions in the rural inhabitants have been identified and structured. The main forms of the depressive syndromes in the rural inhabitants have been studied, analysis of initial manifestations and comorbidity of depressive disorders in the mentioned cohort of the patients have been studied. The specificity of the self-evacuation, color selection, emotional components of relations, structure of personalities in the rural inhabitants have been studied.

The criteria of diagnosis and differential diagnosis pf depressive disorders in the rural inhabitants have been grounded scientifically; these criteria have been developed and approved for the principles of therapy and organization of the aid for the patients with depressive disorders, inhabitants of rural areas.

Key words: depressive disorders, rural area, clinical-psychopathological description, pathopsychological specificity, diagnosis, pharmacotherapy, psychotherapy.

**ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ ТА УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ**

HADS - Госпітальна шкала тривоги та депресії

HDRS - Шкали Гамільтонадля оцінки депресії

MADRS - Шкали Монтгомері-Асбергдля оцінки депресії

MMPI - Міннесотський багатоаспектний особистісний
опитувальник

ВООЗ - Всесвітня організація охорони здоров`я

КТС - колірний тест стосунків

МКВ - метод колірних виборів

НаССА - норадренергічні та специфічні серотонінергічні антидепресанти

СІЗЗС - селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну

СМВО - стандартизований метод вивчення особистості

# Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>