

ХРОНОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

Савенкова І.І. Хронопсихологічні показники прояву депресивних станів / І.І.Савенкова // Актуальні проблеми психології: [зб. наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С.Костюка НАПН України] / [за ред. С.Д.Максименка, О.М.Кокуна, М.Й.Боришевського, В.В.Москаленко]. – Серія: Медична психологія. - К., 2014. – Т.6. – Ч.2. – С.158-173. - ISBN 2316-6244.

Савенкова І.І.,
доцент кафедри спеціальної психології,
корекційної та інклюзивної освіти
Київського університету імені Бориса Грінченка

ХРОНОПРОГНОСТИЧНІ ПОКАЗНИКИ ПРОЯВУ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ

Постановка проблеми дослідження. Незважаючи на розвиток знань у галузі психіатрії, проблема діагностики та лікування депресивних розладів не втрачає актуальності. За даними ВООЗ щороку у світі на депресію, що клінічно діагностується, хворіють принаймні 200 млн. осіб, і ця цифра постійно зростає [3, с.12]. Кожна восьма людина хоч би раз за життя потребує спеціальної антидепресивної терапії. Приблизно 2/3 пацієнтів з депресією, що діагностовано, схильні до суїцидальних спроб і 10–15% здійснюють суїцид. 25% усіх пацієнтів первинної мережі медичної допомоги страждають на якийсь психічний розлад, головним чином депресивний і тривожний. Принаймні у 10% всіх користувачів первинної медичної мережі має місце велика депресія (Ф.Березін [1], М.Коробіцина [4], О.Смулевич [6], Є.Соколова [7]).

Амбулаторна загальносоматична допомога є первинною ланкою медичної допомоги. Саме на цьому етапі відбувається первинна діагностика і, за необхідністю, подальша профільна лікувально-діагностична орієнтація пацієнтів. У 60–70% випадків при соматичних захворюваннях зустрічаються порушення психіки (О.Квасенко, О.Напреєнко, В.Менделевич, В.Ніколаєнко,

Р.Оганов, С.Парцерняк).

Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми. За даними багатьох авторів у 1/3 випадків лікар загального профілю стикається з тими чи іншими психічними розладами, і лише 2–4% з цих пацієнтів у подальшому звертаються до психіатра. Така обставина великою мірою пов'язана зі страхом перед системою психіатричної допомоги, зі стигматизацією як психічно хворих, так і психіатричної служби, а також з історично сформованим упередженням населення щодо психіатричних захворювань. Найбільш складною в цьому плані є проблема психосоматичних і соматопсихічних розладів, психічний радикал яких пацієнту невідомий. Водночас пацієнти розуміють, що наслідком встановлення психіатричного діагнозу може бути взяття на диспансерний облік і, відповідно, певні соціальні обмеження. У зв'язку з цим від 30 до 50% хворих, які потребують психіатричної допомоги, мігрують від фахівця до фахівця у пошуках матеріального субстрату свого страждання. Нерідко такі звернення призводять до встановлення помилкових діагнозів. Поряд з цим психічні розлади погіршують перебіг соматичного захворювання і, ускладнюючи їх клінічну картину, примушують лікарів до значної кількості непотрібних досліджень і лікувальних втручань. Найважливішою причиною подібних ситуацій є субдепресивні і депресивні стани, які необхідно *попередити на перших етапах* прояву психосоматичних розладів. За даними R.Malto 22% подібних хворих відбирають до 50% часу лікаря загальної практики [12]. Зважаючи на величезну кількість даремних досліджень і терапевтичних, а часом і хірургічних втручань, негативні наслідки стосуються не лише окремих пацієнтів, а й недоцільних економічних витрат системи охорони здоров'я в цілому.

Вказані проблеми викликають необхідність удосконалення системи клініко-психолого--діагностичних і лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на поліпшення медичного обслуговування осіб з депресивними розладами в умовах загальносоматичної територіальної поліклініки та їх своєчасне прогнозування, а відповідно і попередження.

Мета дослідження – спрогнозувати перебіг депресивних станів з позиції хронопсихологічного підходу.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Ми звернулись до розгляду питання прогнозування перебігу депресивних станів із врахуванням типологічних груп. Ю.Поляков пише, що у „різних типів людей переважають різні хвороби, сама хвороба протікає у них по-різному, по-різному проходить і процес видужання, реабілітації в залежності від індивідуальних особливостей психіки людини” [9, с.56-57]. Особливу увагу звертають на себе депресивні стани, оскільки розвиток та плин таких хвороб має часову розгортку, з періодами загострення та ремісії (затухання) перебігу. У дослідженнях Б.Цуканова [10] представлені результати, які переконують нас, що домінантна хвороба локалізується у межах своєї типологічної групи. Розподіл післяінфарктних хворих дав чіткий поділ безперервного спектру „ τ – типів ” на типологічні групи. Проводячи систематичне визначення власної одиниці часу індивідів із хронічними неінфекційними захворюваннями (хвороби печінки, нирок, шлунку), Б.Цуканов отримав їх локалізацію у типологічних групах безперервного спектру „ τ – типів ” [10, с.94]. Ці результати дослідження відповідають тому, як Гіппократ пояснював походження хвороб у представників певних типологічних груп перевагою однієї з чотирьох рідин в організмі.

Таким чином, ми підходимо до розгляду питання депресивних станів з позиції законів переживання часу [10]. А що стосується часу, то Д.Елькін зазначав: „Сприйняття часу, відображаючи об’єктивну реальність, дає людині змогу орієнтуватися у зовнішньому середовищі, причому дає об’єктивно вірну уяву про нього” [11, с.36]. Використовуючи вираз М.Шагіняна стосовно того, що кожен індивід має свій „маленький Хронос”, Б.Цуканов додав: „Зі своєю швидкістю перебігу часу і зі своєю часовою перспективою” [10, с.233]. І.Павлов розглядав питання про ті процеси, які мають місце у мозку людини за умов сприйняття тривалості, швидкості та

послідовності і прийшов до висновку, що „мірою часу” в нервовій системі є зміна збудження гальмуванням [8, с.381-382]. Д.Елькін розглядав залежність точності відтворення тривалості від типу темпераменту [11, с.25-28]. Він звернув увагу на деякі відмінності у точності відтворення проміжків часу в холериків, сангвініків, меланхоліків, флегматиків, але не дав повного опису ставлення до актуального переживання часу представниками цих чотирьох типологічних груп. В.Блейхер писав, що кожен живий індивід має свій власний час, тобто сангвінік – один, флегматик – інший [2, с.109-111]. На його думку, хоча ці розрізнення й невеликі, все ж повного співпадання аж ніяк не існує. У працях Б.Цуканова [10] науково доведено, що представникам різних типологічних груп не тільки притаманний „різний час”, а й має місце схожість ставлення до переживання часу в індивідів, які належать до однієї типологічної групи, що вказує на наявність узагальнених профілів, що співставляються класичній типології темпераментів. Загалом, він виділяє й детально аналізує п’ять типів профілів [10].

Виклад основного матеріалу дослідження. На базі терапевтичного кабінету територіальної поліклініки №2 міста Первомайська обстежено 350 пацієнтів: 186 (58,1%) жінок і 164 (46,9%) чоловіків. Відбір пацієнтів здійснювався з урахуванням їх діагнозу – нозологічної форми психосоматичного захворювання. Вік хворих коливався від 18 до 67 років, середній вік респондентів становив $51,6 \pm 17,2$ років. Всі пацієнти звернулися у поліклініку до дільничного терапевта з власної ініціативи. Звернення з приводу загострення хронічних захворювань становили 287 (82,0%) випадків і з приводу гострих станів – 63 (18,0%) випадків. 189 (54,0%) пацієнтів були у пенсійному віці, 161 (46,0%) – у працездатному віці. При цьому 133 (38,0%) респондентів пенсійного віку продовжували працювати, 56 (16,0%) пацієнтів, які не досягли пенсійного віку, протягом різних проміжків часу не мали роботи і перебували на утриманні своїх сімей. З різних причин 4 (1,7%) пацієнта мали I, 14 (4,0%) – II і 21 (6,0%) – III групу інвалідності. За тривалістю захворювання пацієнти

розподілилися наступним чином: до 6 місяців – 82 (23,4%), від 7 до 12 місяців – 6 (1,7%), від 1 до 2 років 17 (3,8%), 3 та більше років – 245 (70,0%). Всі пацієнти, що звернулися до поліклініки, були обстежені клінічно з застосуванням необхідних лабораторних та інструментальних методів в залежності від їхнього основного захворювання.

Для верифікації соматичної патології результати об'єктивного загальноклінічного обстеження і документально підтверджені анамнестичні відомості обговорювались з лікарями соматичного профілю.

В процесі вивчення структури соматичної патології респондентів були отримані наступні дані: 5 (1,4%) – жовчнокам'яна хвороба, 16 (4,6%) – холецистит, 11 (3,1%) – хронічна недостатність кровообігу, 40 (11,4%) – хронічна ішемічна хвороба серця, 9 (2,6%) – хронічний коліт, 7 (2,0%) – цукровий діабет, 32 (9,1%) – функціональні розлади ритму серця з брадикардіями, 65 (18,6%) – інфаркт міокарда в анамнезі, 18 (5,1%) – артеріальна есенціальна гіпертензія, 7 (2,0%) – залишкові явища після порушення мозкового кровообігу, 73 (20,9%) – транзиторні ішемічні порушення мозкового кровообігу, 6 (1,7%) – хронічний гастрит, 17 (4,9%) – хронічний бронхіт, 11 (3,1%) – бронхіальна астма, 24 (6,9%) – гіпертонічна хвороба, 9 (2,6%) – залишкові явища після ОРВІ.

Клінічне психіатричне обстеження, використання дослідницьких критеріїв МКХ-10, шкали Гамільтона, а також опитувальника Бека дозволило виявити депресивні розлади у 265 (75,7%) хворих. Відповідно у 85 пацієнтів (24,3%) не було виявлено достатньої кількості ознак, необхідних для діагностування депресивних розладів. Ці особи розглядались в дослідженні як контрольна група по відношенню до респондентів з депресіями.

Статистична обробка отриманих даних містила в собі визначення середнього арифметичного відхилення та застосування, при наявності, кореляційних відношень між значенням власної одиниці часу індивіда та рівнем прояву депресивних станів (табл. 1).

Кореляційне відношення між значенням власної одиниці часу індивіда та рівнем прояву депресивного стану (табл. 1) показує, що високий зв'язок як у прямому, так і у зворотному порядку виявляється саме в інтервалах:

$$0,94 \text{ с} < \tau \leq 1,0 \text{ с} \text{ та } 1,0 \text{ с} < \tau \leq 1,1 \text{ с}.$$

При аналізі груп хворих за формами соматичної патології було виявлено, що у пацієнтів з депресією достовірно частіше спостерігались гіпертонічна хвороба, атеросклеротична енцефалопатія, хронічна ішемічна хвороба серця з інсультами, транзиторні ішемічні порушення кровообігу, функціональні розлади ритму серця з брадикардіями ($p < 0,05$).

Основні прояви, які дозволили віднести стан до депресивного, стосувались настрою, ідеаторної, моторної і соматичної сфер пацієнтів. У 20

Таблиця 1

Розподіл показників рівня депресивного стану у безперервному спектрі « τ -типів»

« τ – тип» (в сек)	Показник депресії Де (в балах)	Кількісний розподіл досліджуваних (125 = 100 %)		$\eta \tau, \text{ Де}$	$\eta \text{ Де}, \tau$
		Кількість осіб	%		
$0,7 \text{ с} \leq \tau < 0,8 \text{ с}$	7	16	4,6	0,16	0,17
$0,8 \text{ с} \leq \tau < 0,86 \text{ с}$	8	6	1,7	0,17	0,19
$0,86 \text{ с} \leq \tau \leq 0,94 \text{ с}$	12	21	6	0,51	0,54
$0,94 \text{ с} < \tau \leq 1,0 \text{ с}$	28	265	75,7	0,98	0,99
$1,0 \text{ с} < \tau \leq 1,1 \text{ с}$	18	42	12	0,95	0,96

$\eta \tau, \text{ Де}$ – кореляційне відношення між значенням власної одиниці часу та рівнем депресивного стану;

$\eta \text{ Де}, \tau$ – зворотній зв'язок кореляційного відношення між рівнем прояву депресивного стану та значенням власної одиниці часу індивіда

випадках (23,5% від кількості осіб з депресіями) переважно в межах депресії легкого ступеню спостерігалась невиразність симптоматики, її поліморфізм та надзвичайна мінливість.

У 23 (27,1%) пацієнтів спостерігалось пароксизмальне почуття туги. Воно

виникало раптово, без видимої причини і нерідко супроводжувалось суїцидальними думками. У 17 досліджених були зареєстровані афективні порушення. Ці пацієнти відзначали почуття суму, спустошеності, байдужості, зниження інтересів та потягів. Вони відчували невпевненість у собі, були невдоволені будь-якими власними діями та вчинками.

У пацієнтів спостерігалось поступове зростання невпевненості в собі, негативне ставлення до власних вчинків, невдоволеність своїм станом. При цьому на тлі постійно заниженого настрою спостерігалась надзвичайна емоційна хиткість з переважною спрямованістю модуля афективних реакцій у бік поглиблення гіпотимії. Хворі як правило заперечували наявність заниженого настрою, однак, доволі часто відзначали афективну напруженість та висували численні скарги, що за суттю відповідали депресивному настрою. Більшість пацієнтів (71, 86%) користувались при цьому іншими (не характерними для депресії) лексичними формами.

Виділено наступні варіанти депресивних розладів.

Іпохондричний варіант. Депресивна симптоматика була тісно пов'язана з переживаннями соматичного дискомфорту і оцінювалась хворими як природна реакція на наявне, хоч і поки що не розпізнане соматичне захворювання. При виражених, стійких вісцеро-вегетативних порушеннях, які спостерігались у 17 (20,3%) випадках, пацієнти повністю пов'язували власний стан з проявами основного захворювання, вважаючи такий фон настрою необхідним його компонентом. В 8 випадках було зафіксовано ритмічні погіршення у соматичній сфері, що за періодичністю нагадували добові коливання настрою.

Астенічний варіант. Депресивну симптоматику представлено головним чином адинамічними, анергічними проявами зі скаргами на слабкість, втомлюваність, “знесилення”, відсутність інтересу до всіх аспектів життя, окрім хвороби.

Дисфоричний варіант. На перший план виступала дратівливість, гнівливість, підозрілість пацієнтів. В амбулаторній практиці цей варіант

спостерігався досить часто. Таких пацієнтів можна чути вже в коридорі за межами кабінету, оскільки з їх появою виникають галас та сварки. В кабінеті вони також сварливі, дратівливі, гнівливі, під час бесіди тримаються насторожено, а нерідко й агресивно, негативно ставляться до висновків лікаря і до призначеного лікування. В процесі тривалої бесіди вдавалось “пом’якшити” напруженість пацієнта, однак психотерапевтичний ефект в таких випадках був вельми нестабільним.

За ступенем прояву депресії згідно з МКХ-10 пацієнти розподілились наступним чином: легка – 60 (71%) хворих; поміркована – 19 (22%) пацієнтів; тяжка – 6 (7%) хворих. Для об’єктивізації ступеня тяжкості депресивних розладів та їх кількісного аналізу використовувалась школа Гамільтона для оцінки депресій (HDRS-21). Сумарне значення в 7–16 балів за шкалою розцінювалось як малий депресивний епізод, вище за 16 балів – як великий депресивний епізод.

При застосуванні даного діагностичного інструменту задля уникнення гіпердіагностики депресивного розладу або переоцінки ступеня її тяжкості соматичним пунктам (наприклад, відсутність апетиту, втомлюваність) надавалось меншого значення, ніж таким пунктам як суїцидальні думки, почуття вини, відчуття себе невдахою. Результати тестування завжди порівнювались з даними, отриманими в процесі патопсихологічного обстеження.

При застосуванні даного діагностичного інструменту задля уникнення гіпердіагностики депресивного розладу або переоцінки ступеня її тяжкості соматичним пунктам (наприклад, відсутність апетиту, втомлюваність) надавалось меншого значення, ніж таким пунктам як суїцидальні думки, почуття вини, відчуття себе невдахою. Результати тестування завжди порівнювались з даними, отриманими в процесі патопсихологічного обстеження.

Встановлено наступну нозологічну структуру депресій: 44,6% (38) – реактивні (переважно нозогенні) депресії, 35,3% (30) – дистимії, 2,4% (2) –

ендогенні, 7,0% (6) – органічні, 7,0% (6) – соматогенні, 3,5% (3) – ятрогенні депресії. До останньої категорії було віднесено пацієнтів з депресивною симптоматикою, яка виникла у зв'язку з вживанням депресогенних препаратів і нівелювалась після їх заміни.

Було виявлено, що нозогенні депресії частіше зустрічаються при тяжких соматичних захворюваннях, дистимії частіше сполучені з затяжними хронічними захворюваннями, циклотимії – при гастроентерологічній патології, а судинні – при захворюваннях серцево-судинної системи. Ятрогенні депресії мали місце при вживанні дигіталіса, кортикостероїдів, циметидіна.

Депресивні стани часто протікали під виглядом соматичної патології. Серед психопатологічних масок було виявлено тривожно-фобічні, obsесивно-компульсивні, іпохондричні, неврастенічні розлади. Безсоння і гіперсомнія розглядались як маски порушення біологічних ритмів. Розповсюдженими були соматичні “маски” у вигляді синдрому вегето-судинної дистонії, запаморочення, функціональних порушень внутрішніх органів, нейродерміту, шкіряного свербіння, анорексії, булімії, імпотенції, порушень менструального циклу. Серед “масок” у формі алгій спостерігались кардіалгії, абдоміналгії, фіброміалгії, невралгії, спонділоалгії, псевдоревматичні артралгії. Патохарактерологічні маски виявлялись через розлади потягів, антисоціальну поведінку, істеричні реакції. Наявність “масок” було виявлено в 69 (81,2%) випадках. У 8 (9,4%) випадках було констатовано наявність психопатологічних масок, в 3 (3,5%) випадках вони спостерігались у формі порушень біологічного ритму, в 30 (35,3%) випадках – в формі вегето-судинних кризів, в 22 (25,9%) – в формі алгій і в 6 (7,0%) випадках – в формі патохарактерологічних зсувів. Вказані “маски” мали різний розподіл серед виділених форм депресивних станів: психопатологічні маски частіше зустрічались при циклотимії, рідше – при дистимічних розладах і реактивних депресіях. Порушення біоритмів сну з однаковою частотою зустрічалося у пацієнтів з реактивною, органічною і ятрогенною депресією. Вегетосоматичні маски були переважно притаманні дистиміям і реактивним депресіям, з однаковою частотою спостерігались при

органічних депресіях і циклотимії, і лише один раз – при ятрогенії. Алгічні “маски” були пріоритетні для реактивних станів, дещо менше – для дистимій і з однаковою частотою зустрічались при органічних і соматогенних депресіях. Патохарактерологічні маски переважали при дистиміях, рідше спостерілись при реактивних депресіях і в одиничному випадку – при циклотимії.

Достовірної різниці між кількісними показниками розповсюдження різних масок при окремих видах соматичної патології виявлено не було, однак простежувались певні тенденції. Так, всі основні форми масок зустрічались дещо частіше при захворюваннях органів серцево-судинної системи. Алгії приблизно однаково часто спостерігались при захворюваннях шлунково-кишкового тракту, центральної нервової і серцево-судинної систем. “Психопатологічні маски” депресії дещо частіше були сполучені із захворюваннями органів травлення.

Висновки. Таким чином, система допомоги терапевтичним пацієнтам з депресивними розладами повинна будуватись на принципах комплексного підходу, що інтегрує різні області медичних і соціально-психологічних знань і практик. На нашу думку, з метою оптимізації надання лікувально-профілактичної допомоги пацієнтам з депресивними розладами в умовах первинної ланки медико-психологічної практики необхідне впровадження низки організаційних заходів, а саме:

1) підвищення освітнього рівня дільничних лікарів-терапевтів територіальних поліклінік за допомогою спеціально розроблених навчальних програм щодо розпізнання та лікування пацієнтів з афективною патологією;

2) інтеграція психологічної допомоги з соматичною патологією за принципом “на себе” (спільна робота психолога і лікаря-терапевта в умовах кабінету дільничного терапевта);

3) сортування пацієнтів з виокремленням певних годин і днів прийому для осіб з афективною патологією;

4) формулювання діагнозу таким чином, щоб на перший план було висунуто соматичну патологію, а афективна патологія була представлена як

наслідок соматичного розладу або супутнє (не основне) захворювання;

5) здійснення просвітницької роботи серед пацієнтів з інформуванням про характер афективних розладів і необхідність своєчасної спеціалізованої психолого-психіатричної допомоги, а також про її етичні принципи.

Література

1. Березин Ф. Б. Социально-психологическая адаптация при невротических и психосоматических расстройствах / Ф. Б. Березин, Х. В. Барлас // Журнал Института невропатологии, психиатрии им. С. С. Корсакова. - № 4-6. - 1994. - С. 38-43.
2. Блейхер В. М. Особенности личностной акцентуации как фактора предрасположенности к некоторым психосоматическим заболеваниям / В. М. Блейхер, Н. Б. Фельдман // Журнал Института невропатологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. - № 3. - 1988. - С. 101-104.
3. Здоровье // Ежемесячник. - 2011. - № 5. - С. 118-123.
4. Коробіцина М.Б. Психологічна діагностика психічних розладів та розладів поведінки у дорослих та відповідні реабілітаційні заходи: [кер.-во для практик психологів, лікарів]. – Одеса: Астропринт, 2005. – 82с.
5. Савенкова І.І. Хронобіологічний прогноз психосимптоматики хронічних гастроентерологічних захворювань: [Зб. наук. праць КІРУЕ] / І.І.Савенкова. – Ч.1. – 2009. – С.218-231.
6. Смулевич А. Б. Депрессии у соматических больных / [А.Б.Смулевич, В.Н.Козырев, А.Л.Сыркин]. - М.; СПб.: Изд-во Бином — Невский проспект, 1998. —318 с.
7. Соколова Е.Т. Особенности личности при пограничных нервно-психических и соматических заболеваниях / Е.Т. Соколова, В.В.Николаева. – М.: Высшая школа, 2001. – 133с.
8. Павлов И. П. Физиологическое учение о типах нервной системы, темпераментах: [полн. собр. соч.: в 14 томах] / И. П. Павлов. – Т.3, кн. 2.- М.,

Л. : АН СССР, 1951. - С. 77 - 88.

9. Поляков Ю.Ф. Здоровоохранение и задачи психологии / Ю.Ф. Поляков Николаева // Психологический журнал. – Т.5, № 2. - М.: Литтерра, 2001. – С.168-185.
10. Цуканов Б.Й. Время в психике человека: [Монография] / Б.Й. Цуканов. – Одесса: Астропринт, 2000. – 198с.
11. Элькин Д.Г. Восприятие времени / Д.Г.Элькин – М.: АПН РСФСР, 1962.- 246с.
12. Malmo R.B. Psychology study of symptom mechanisms in psychiatric patients under stress / R.B. Malmo, C.Shagaas // Psychosom. Med. - 1949. – P.11, 25.

Савенкова И.И.,
доцент кафедры специальной психологии,
коррекционного и инклюзивного образования
Киевского университета имени Бориса Гринченко

ХРОНОПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРОЯВЛЕНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ

В статье представлены показатели хронопсихологического прогнозирования течения депрессивных состояний. Экспериментально доказано, что формы проявления депрессивных состояний согласуются со значением собственной единицы времени в сплошном типологическом спектре «т – типов». «Психопатологические маски» депрессии взаимосвязаны с соматическими нарушениями и согласованы с типологическими группами.

Savenkova I.,
Associate Professor of Applied Psychology
Kyiv University named after B. Grinchenka

HRONOPROGNOSTICHESKIE INDICATORS MANIFESTATIONS OF DEPRESSIVE STATES

The paper presents the performance chronopsychological prognosis of depression. Experimentally proved that the forms of depression are consistent with the value of your own time unit in a continuous range of typological «τ - types.»
"Psychopathological mask 'depression linked with physical disabilities and coordinated with the typological groups.

Савенкова І.І.,
доцент кафедри спеціальної психології,
корекційної та інклюзивної освіти
Київського університету імені Бориса Грінченка

ХРОНОПРОГНОСТИЧНІ ПОКАЗНИКИ ПРОЯВУ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ

У статті представлено показники хронопсихологічного перебігу депресивних станів. Експериментально доведено, що форми прояву депресивних станів узгоджуються із значенням власної одиниці часу у безперервному спектрі «τ – типів».

Достовірної різниці між кількісними показниками розповсюдження різних масок при окремих видах соматичної патології виявлено не було, однак простежувались певні тенденції. Так, всі основні форми масок зустрічались дещо частіше при захворюваннях органів серцево-судинної системи. Алгії приблизно однаково часто спостерігались при захворюваннях шлунково-кишкового тракту, центральної нервової і серцево-судинної систем. "Психопатологічні маски" депресії дещо частіше були сполучені із захворюваннями органів травлення.

Таким чином, система допомоги терапевтичним пацієнтам з депресивними розладами повинна будуватись на принципах комплексного підходу, що інтегрує різні області медичних і соціально-психологічних знань і практик. На нашу думку, з метою оптимізації надання лікувально-профілактичної допомоги пацієнтам з депресивними розладами в умовах первинної ланки медико-психологічної практики необхідне впровадження

низки організаційних заходів, спрямованих на прогнозування перебігу депресивних порушень.

Ключові слова: хронопсихологічне прогнозування, « τ – тип», власна одиниця часу, депривні розлади.