

В. В. Огоренко, Є. Л. Сеславська

СИСТЕМА ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ КОРЕКЦІЇ І ПРОФІЛАКТИКИ ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У РОДИЧІВ ХВОРИХ НА ДЕМЕНЦІЮ ТА ЇЇ ЕФЕКТИВНІСТЬ

V. V. Ogorenko, E. L. Seslavska

THE SYSTEM OF DIFFERENTIATED CORRECTION AND PREVENTION OF MENTAL MALADAPTATION IN RELATIVES OF DEMENTIA PATIENTS AND ITS EFFECTIVENESS

Ключові слова: психічна дезадаптація, розлад адаптації, родичі, деменція, тривога, депресія, лікування, реабілітація, диференційована корекція і профілактика, психотерапія

Keywords: mental maladaptation, adaptation disorders, relatives, dementia, anxiety, depression, treatment, rehabilitation, differentiated correction and prevention, psychotherapy

Мета роботи — розробити систему диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію та оцінити ефективність її впровадження.

З дотриманням вимог біомедицинської етики обстежено 153 родичі (дорослі діти), які спільно проживали та/або доглядали пацієнтів з деменцією. Комплексне обстеження включало клініко-психопатологічне і психодіагностичне дослідження.

Виявлені в процесі досліджування суттєві відмінності у психопатологічному реагуванні та психосоціальному функціонуванні родичів хворих на деменцію з різними рівнями психічної дезадаптації, дають змогу обґрунтувати і розробити систему диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації для родичів пацієнтів з деменцією, індивідуалізовану залежно від рівня порушення адаптації.

Метою системи диференційованої корекції і профілактики є нормалізація психічного стану родичів пацієнтів з деменцією та усунення порушень адаптації та ознак чинників, що впливають на стан здоров'я.

Головними мішенями впливу системи диференційованої корекції і профілактики для родичів пацієнтів з деменцією є: 1) порушення адаптації; 2) депресивна, тривожна та інша психопатологічна симптоматика; 3) прояви соціально-психологічної дезадаптації та порушення психосоціального і сімейного функціонування.

Рекомендовано реалізовувати систему заходів диференційованої корекції і профілактики для родичів пацієнтів з деменцією у три етапи, поєднані комплексністю і наступністю заходів: діагностичний, лікувально-інтервенційний, реабілітаційно-корекційний.

Заходи діагностичного етапу є уніфікованими, лікувально-інтервенційного та реабілітаційно-корекційного етапів — диференційовані залежно від виявлених у обстежуваних порушень адаптації та ознак чинників, що впливають на стан здоров'я. Це дає змогу оптимізувати лікувально-корекційні заходи і мінімізувати витрати часу на корекцію зі збереженням максимальної ефективності терапевтичних втручань.

Оцінка ефективності впровадження пропонованої системи заходів у зазначеному обсязі та у визначеній послідовності довела її дієвість стосовно редукції клініко-психопатологічної симптоматики психічної дезадаптації і формування високого рівня соціально-психологічної адаптації родичів хворих на деменцію.

The purpose of the work is to develop a system of differentiated correction and prevention of mental maladaptation in relatives of dementia patients, and to evaluate the effectiveness of its implementation.

In compliance with the requirements of biomedical ethics, we examined 153 relatives (children) who lived and/or care for patients with dementia. The comprehensive examination included the implementation of clinical-psychopathological and psychodiagnostic research.

The significant differences in the psychopathological response and psychosocial functioning of patients with dementia with different levels of mental maladaptation, revealed in the course of the study, made it possible to substantiate and develop a system of differentiated correction and prevention of mental disadaptation for relatives of patients with dementia.

The purpose of the differentiated correction and prevention system is to normalize the mental state of relatives of patients with dementia and eliminate adaptation disorders and signs of factors that affect health.

The key targets of the influence of the differentiated correction and prevention for relatives of dementia are: 1. Adaptation disorders. 2. Depressive, anxious and other psychopathological symptoms. 3. Manifestations of social and psychological maladaptation and violation of psychosocial and family functioning.

It is recommended to implement a system of differentiated correction measures and prevention for relatives of dementia in three stages, combined with complexity and continuity of measures: diagnostic, medical-intervention, rehabilitation and correction.

The diagnostic stage measures are unified, therapeutic and rehabilitation-correction stages-differentiated depending on the adaptation disorders and signs of factors that affect health. This allows you to optimize treatment and correction measures and minimize time for correction while maintaining the maximum efficiency of therapeutic interventions.

The evaluation of the effectiveness of the implementation of this system of measures in the specified extent and in a certain sequence proved its effectiveness in relation to the reduction of clinical and psychopathological symptoms of mental maladaptation and the formation of a high level of social and psychological adaptation of relatives of patients with dementia.

Деменція є однією з найпоширеніших патологій не лише серед психічних розладів, а й серед усіх відомих захворювань і патологічних станів. За оцінками ВООЗ, понад 55 млн людей в усьому світі хворіють на деменцію, і щороку реєструється майже 10 млн нових випадків деменції. Прогнозується, що кількість хворих на деменцію подвоїться до 2030 року і потроїться до 2050 року [1; 2].

Деменція є одним з найбільш витратних захворювань. Економічні втрати від неї оцінюють у 1,3 трлн доларів; водночас близько половини усіх витрат пов'язані з доглядом, який надають опікуни/піклувальники (члени сім'ї та близькі), що забезпечують у середньому п'ять годин догляду і нагляду на день, причому 70 % часу догляду забезпечують жінки [1]. Дві третини пацієнтів з деменцією проживають вдома, і члени сім'ї та опікуни/піклувальники є основними виконавцями догляду за хворими [3; 4].

Деменція спричиняє глобальні зміни у психосоціальному функціонуванні людини, що охоплюють порушення комунікативних можливостей, втрату почуття близькості та руйнування спільної діяльності в межах сім'ї. Зниження комунікативних можливостей всередині сім'ї пацієнта з деменцією найбільш суттєво проявляється протягом перших трьох років; водночас ряд дослідників наголошує, що процес розриву комунікації є двостороннім і залежить не лише від мовних та поведінкових порушень, пов'язаних з деменцією, а й внаслідок дистанціювання доглядальника, що має захисний психологічний характер і дає змогу людині, яка щодня стикається з родичем, хворим на деменцію, адаптуватися до психологічного тягаря догляду за ним [5; 6].

Іншою важливою сферою, що критично страждає при деменції, є втрата почуття близькості і руйнування спільної діяльності членів сім'ї, що зумовлені когнітивними та поведінковими порушеннями, які супроводжують деменцію. У сучасних дослідженнях наголошується на динамічному характері діадних стосунків, що ґрунтується на зміні уподобань пацієнтів з деменцією і сприйняттям цих уподобань опікунами; ці розбіжності і визначають втрату близькості і напругу у стосунках [7].

Деменція справляє виражений негативний вплив на психоемоційну сферу не лише хворого, а й його найближчого мікросоціального оточення. Деменція є важким тягарем для сім'ї, що пов'язано з фізичними, психологічними, фінансовими та соціальними проблемами [8].

Зміни у психіці хворого, що проявляються втраченою пам'яттю, погіршенням когнітивних та мовленнєвих функцій, зміною поведінки, а також критичним зниженням якості життя та соціального функціонування, не можуть не викликати психологічних реакцій з боку членів родини та опікунів, які доглядають хворого [6—8]. Це потребує розроблення персоналізованих заходів корекції несприятливих змін та попередження розвитку психопатологічних порушень у осіб, які виконують постійний нагляд і догляд за хворим на деменцію.

Мета роботи — розробити систему диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації у родичів хворих на деменцію та оцінити ефективність її впровадження.

З дотриманням вимог біомедичної етики обстежено 153 родичі (дорослі діти), які спільно проживали та/або доглядали пацієнтів з деменцією. Комплексне обстеження включало клініко-психопатологічне і психодіагностичне дослідження. На підставі результатів клініко-психопатологічного дослідження усі обстежені особи були поділені на три групи.

До першої групи (Г1), кількістю 26 осіб, віднесені родичі, у яких не виявлено ознак психічних розладів або дезадаптації.

До другої групи (Г2) були включені 84 родичі з ознаками психічної дезадаптації, асоційованими з «Проблемами взаємин з власними батьками або батьками дружини або чоловіка» (Z63.1 за МКХ-10), «Недостатньою сімейною підтримкою» (Z63.2), «Наявністю члена сім'ї, який потребує домашнього догляду» (Z63.6), «Іншими стресовими подіями в житті, що впливають на сім'ю та економічні умови» (Z63.7), «Іншими уточненими проблемами, пов'язаними з близькими людьми (групою первинної підтримки)» (Z63.8), «Проблемами, пов'язаними з групою первинної підтримки, неуточненими» (Z63.9).

До третьої групи (Г3), кількістю 43 особи, були віднесені родичі, психічний стан яких відповідав діагнозам розділу F43.2 (порушення адаптації) МКХ-10.

Отже, серед обстежених родичів були: психічно здорові (16,9 %), особи зі станами психічної дезадаптації (54,9 %) та пацієнти з клінічно окресленим розладом адаптації F43.2 (28,1 %) [9].

За результатами наших попередніх досліджень [9—12] виявлені суттєві відмінності у психопатологічному реагуванні та психосоціальному функціонуванні родичів пацієнтів з деменцією з різними рівнями психічної дезадаптації. Це дало змогу науково обґрунтувати і розробити систему диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації для родичів пацієнтів з деменцією, індивідуалізовану залежно від рівня порушення адаптації.

Принциповими засадами, на яких ґрунтується зазначена система, визначені:

1. Комплексність заходів, тобто поєднання психофармакологічних, психокорекційних та психотерапевтичних заходів.

2. Диференціація заходів з урахуванням психічного стану, індивідуально-психологічних характеристик та стану соціально-психологічної адаптації.

3. Реалізація заходів зазначеної системи у певній послідовності, поєднання заходів за принципами наступності і взаємного доповнення.

4. Гнучкість і динамічність реалізації заходів з внесенням коректив у індивідуальну лікувально-корекційну траєкторію залежно від динаміки психопатологічних змін.

Метою системи диференційованої корекції і профілактики є нормалізація психічного стану родичів пацієнтів з деменцією та усунення порушень адаптації та ознак чинників, що впливають на стан здоров'я.

Об'єктом лікувально-корекційних втручань є порушення адаптації у родичів пацієнтів з деменцією.

Головними мішенями впливу системи диференційованої корекції і профілактики для родичів пацієнтів з деменцією є:

1. Порушення адаптації.
2. Депресивна, тривожна та інша психопатологічна симптоматика.
3. Прояви соціально-психологічної дезадаптації та порушення психосоціального функціонування.

Ми рекомендуємо реалізовувати систему заходів диференційованої корекції і профілактики для родичів пацієнтів з деменцією у три етапи, поєднані комплексністю і наступністю заходів (табл. 1).

Перший етап — діагностичний. Метою етапу є визначення спектра наявної у обстежуваного психопатологічної симптоматики та діагностика актуальних порушень адаптації, індивідуально-психологічних характеристик, а також сімейної взаємодії (сімейної тривожності та ставлення до психічного захворювання). Проведенню діагностики передують ознайомча бесіда з обстежуваним, метою якої є встановлення довірчих терапевтичних відносин, форму-

вання комплаєнсу і запиту на подальшу взаємодію, корекцію та лікування. На цьому етапі формується план лікувально-корекційних втручань.

Другий етап — лікувально-інтервенційний. Метою цього етапу є усунення проявів порушень адаптації, ліквідація психопатологічної симптоматики, відновлення соціально-психологічної адаптації та формування передумов для недопущення рецидивування порушень адаптації. Тривалість цього етапу — до трьох місяців.

Третій етап — реабілітаційно-корекційний. Основною метою цього етапу є стабілізація психоемоційного стану на нормальному рівні, забезпечення високої стійкості до стресових впливів, недопущення рецидивування порушень адаптації. Тривалість цього етапу — від шести місяців до трьох років, залежно від порушень адаптації.

Усі заходи на лікувально-інтервенційному та реабілітаційно-корекційному етапах диференційовані залежно від виявлених у обстежуваних порушень адаптації та ознак чинників, що впливають на стан здоров'я. Це дає змогу оптимізувати лікувально-корекційні заходи і мінімізувати витрати часу на корекцію зі збереженням максимальної ефективності терапевтичних втручань.

Заходи першого (діагностичного) етапу уніфіковані; їх структура і зміст наведені у табл. 1.

Таблиця 1. Структура і зміст заходів діагностичного етапу

Основні завдання	Методи і засоби	Критерії ефективності
1. Встановлення довірчих, комплаєнтних відносин, формування запиту на взаємодію, терапію та корекцію. 2. Визначення індивідуально-психологічних особливостей. 3. Виявлення наявних порушень адаптації та ознак чинників, що впливають на стан здоров'я. 4. Визначення спектра наявної у обстежуваного психопатологічної симптоматики. 5. Визначення стану сімейної тривожності, ставлення до психічного захворювання та якості життя	1. Клінічна бесіда, організована за принципом напівструктурованого клінічного інтерв'ю. 2. Психодіагностичне обстеження з використанням методики дослідження копінг-поведінки S. Folkman & R. Lazarus і методики оцінки резилієнтності Коннора — Девідсона. 3. Клінічне обстеження із застосуванням критеріїв МКХ-10 та МКХ-11. 4. Клінічне та психодіагностичне обстеження з використанням шкал депресії і тривоги HDRS, HARS, HADS, опитувальника SCL-90-R. 5. Психометричне та психодіагностичне обстеження з використанням шкали сімейної тривожності, шкали структурованого інтерв'ю для визначення ставлення членів родини до хвороби (психічного діагнозу) у родича	1. Наявність комплаєнсу, готовність до подальшої взаємодії. 2. Визначення копінг-репертуару та показника резилієнтності. 3. Визначення діагнозу порушень адаптації відповідно до МКХ. 4. Визначення спектра психопатологічної симптоматики 5. Визначення особливостей сімейного функціонування та якості життя

Заходи лікувально-інтервенційного етапу диференційовані залежно від наявних порушень адаптації.

Ми рекомендуємо виокремлювати три групи обстежуваних для реалізації заходів цього етапу.

До першої групи слід включати родичів пацієнтів з деменцією без ознак психічних розладів та чинників, які впливають на стан здоров'я населення та звернення до закладів охорони здоров'я.

До другої групи ми рекомендуємо включати родичів, у яких є ознаки чинників, що впливають

на стан здоров'я (коди за МКХ-10: Z63.1, Z63.2, Z63.7, Z63.8, Z63.9).

До третьої групи слід включати родичів з ознаками порушення адаптації (код F43.2) відповідно до критеріїв МКХ-10.

Структуру і зміст заходів другого етапу для значених груп наведено у табл. 2.

Заходи третього (реабілітаційно-корекційного) етапу також рекомендується проводити диференційовано, залежно від групи за рівнем порушення адаптації (табл. 3).

Таблиця 2. Структура і зміст заходів лікувально-інтервенційного етапу

Основні завдання	Методи і засоби	Критерії ефективності
Родичі пацієнтів з деменцією без ознак психічних розладів та чинників, які впливають на стан здоров'я населення та звернення до закладів охорони здоров'я		
1. Усунення окремих проявів депресії і тривоги, нормалізація психологічного стану. 2. Профілактика порушень адаптації. 3. Забезпечення повноцінної соціально-психологічної адаптації та належної якості життя	1. Психосоцвіта, психокорекція, аутотренінг, медитативні техніки. 2. Психосоцвіта, напрацювання оптимального режиму, аутосугестивні практики. 3. Психологічне та сімейне консультування	1. Відсутність депресивних і тривожних проявів за даними клінічного та психодіагностичного обстежень. 2. Відсутність порушень адаптації. 3. Задовільна соціально-психологічна адаптація та висока якість життя
Родичі з ознаками чинників, що впливають на стан здоров'я		
1. Усунення проявів депресії, тривоги, obsесивно-фобічних проявів, порушень сну. 2. Корекція проблем у взаєминах з родичами, недостатньої підтримки сім'ї, інших стресових життєвих подій, що впливають на сім'ю та її членів, проблем, пов'язаних з найближчим оточенням. 3. Відновлення соціально-психологічної адаптації	1. Психосоцвіта, когнітивно-поведінкова терапія, аутосугестивні техніки. За наявності клінічно оформлених депресивних і тривожних розладів — фармакологічна корекція: есциталопрам 10—20 мг на добу, сертралін 50—150 мг на добу, пароксетин 20—40 мг на добу, міртазапін 15—45 мг на добу, агомелатин 25—50 мг на добу. 2. Сімейна та групова психотерапія, сімейне консультування. 3. Психологічне консультування, тренінги адаптації	1. Відсутність депресивних і тривожних проявів за даними клінічного та психодіагностичного обстежень. 2. Відсутність проблем у взаєминах з родичами і проблем, пов'язаних з найближчим оточенням. 3. Задовільна соціально-психологічна адаптація та висока якість життя
Родичі з ознаками порушення адаптації		
1. Лікування порушень адаптації. 2. Відновлення нормального соціально-психологічного функціонування і міжособистісної взаємодії	1. Медикаментозне лікування: есциталопрам 10—20 мг/добу, сертралін 50—225 мг на добу, пароксетин 20—60 мг на добу, міртазапін 15—45 мг на добу, агомелатин 25—50 мг на добу, міансерин 30—90 мг/добу, венлафаксин 75—225 мг на добу, дулоксетин 60—120 мг на добу, кветіапін 25—200 мг на добу (у разі потреби). Когнітивно-поведінкова терапія, управління стресом, психосоцвіта, аутосугестивні техніки. 2. Сімейне та психологічне консультування, сімейна терапія, групова психотерапія	1. Відсутність клінічно значущих порушень адаптації за даними клінічного обстеження. Відсутність депресивних, тривожних, диссомнічних та інших психопатологічних проявів за даними психодіагностичного обстеження. 2. Задовільний рівень соціально-психологічного функціонування та якості життя

Таблиця 3. Структура і зміст заходів реабілітаційно-корекційного етапу

Основні завдання	Методи і засоби	Критерії ефективності
Родичі пацієнтів з деменцією без ознак психічних розладів та чинників, які впливають на стан здоров'я населення та звернення до закладів охорони здоров'я		
1. Попередження порушень адаптації та станів, які можуть негативно впливати на стан здоров'я. 2. Підтримка високого рівня соціально-психологічної адаптації та якості життя	1. Періодичні консультативно-діагностичні сеанси (один на 3—6 місяців). 2. Психосоцвіта, психологічне консультування	1. Відсутність порушень адаптації та станів, які можуть негативно впливати на стан здоров'я. 2. Високий рівень соціально-психологічної адаптації та якості життя
Родичі з ознаками чинників, що впливають на стан здоров'я		
1. Повне усунення проявів депресії, тривоги, порушень сну, obsесивно-фобічних та інших психопатологічних проявів. 2. Остаточне розв'язання проблем у взаєминах з родичами, недостатньої підтримки сім'ї, інших стресових життєвих подій, що впливають на сім'ю та її членів, проблем, пов'язаних з найближчим оточенням. 3. Підтримка високого рівня соціально-психологічного функціонування та якості життя	1. Психосоцвіта, когнітивно-поведінкова терапія, аутосугестивні техніки. У разі призначення антидепресивної терапії — продовження лікування протягом щонайменше шести місяців з моменту досягнення клінічного ефекту. 2. Сімейна психотерапія, групова терапія. 3. Психологічне консультування, соціальна підтримка	1. Відсутність депресивних і тривожних проявів за даними клінічного та психодіагностичного обстеження. 2. Відсутність проблем у взаєминах з родичами і проблем, пов'язаних з найближчим оточенням. 3. Задовільна соціально-психологічна адаптація та висока якість життя

Родичі з ознаками порушення адаптації		
1. Повне усунення розладів адаптації, ліквідація депресивних, тривожних та інших психопатологічних проявів. 2. Профілактика рецидиву розладів адаптації. 3. Підтримка задовільного рівня соціально-психологічної адаптації, міжособистісної взаємодії та якості життя	1. Продовження психофармакологічної терапії з періодичним контролем стану. Когнітивно-поведінкова терапія, аутосугестивна терапія, психоосвіта періодичними курсами з інтервалом 1—3 місяці. 2. Тренінг адаптації, групова терапія, сімейна терапія з повторними підтримувальними сесіями. 3. Психологічне та сімейне консультування, періодичний контроль стану соціально-психологічної адаптації	1. Відсутність клінічно значущих порушень адаптації за даними клінічного обстеження. Відсутність депресивних, тривожних, диссомнічних та інших психодіагностичних проявів за даними психодіагностичного обстеження. 2. Задовільний рівень адаптації за даними клінічного обстеження та психодіагностики. 3. Задовільний рівень соціально-психологічного функціонування та якості життя

Реалізація розробленої системи заходів у зазначеному обсязі та у визначеній послідовності дає змогу суттєво зменшити виразність порушень адаптації і досягти високого рівня соціально-психологічної адаптації родичів хворих на деменцію.

Для підтвердження цього факту проведено оцінювання ефективності застосування запропонованої системи заходів диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації у родичів пацієнтів з деменцією. Для цього було сформовано три групи. До першої групи, кількістю 26 осіб, віднесені родичі без ознак психічних розладів та чинників, які впливають на стан здоров'я населення та звернення до закладів охорони здоров'я. До другої групи (84 особи) віднесені родичі з ознаками психічної дезадаптації, до третьої групи (43 особи) віднесені родичі з порушенням адаптації (код F43.2) відповідно до критеріїв МКХ-10. В двох останніх групах сформовано по дві підгрупи: контрольну та втручання. Родичі контрольної підгрупи отримували стандартну терапію відповідно до чинних клінічних протоколів. Родичі підгрупи втручання пройшли повний курс запропонованої системи заходів. Відбір до груп втручання проводили методом рандомізованої селекції. Пацієнти контрольних підгруп та підгруп втручання не мали значущих відмінностей за всіма симптомами і даними психодіагностичного обстеження до початку корекції.

Остаточне оцінення результатів корекції проводили через шість місяців після її початку.

У процесі корекції деякі родичі вибули з-під спостереження з причин, не пов'язаних з корекцією. Отже, загальна кількість родичів, яким проводили оцінення ефективності запропонованої лікувально-корекційної програми, становила:

— у групі родичів без ознак психічних розладів та чинників, які впливають на стан здоров'я населення та звернення до закладів охорони здоров'я — 25 осіб;

— у групі родичів з ознаками чинників, що впливають на стан здоров'я: контрольна підгрупа — 40 осіб, підгрупа втручання — 41 особа;

— у групі родичів з ознаками порушення адаптації: контрольна група — 20 осіб, підгрупа втручання — 21 особа.

Випадків відмови від лікувально-корекційної програми не було.

Оцінювання ефективності впровадження розробленої системи проводили за такими критеріями: а) стан психічної сфери — визначали через клініко-психопатологічну оцінку, доповнену психометричними даними шкал депресії і тривоги М. Гамільтона HDRS і HARS, шкалою HADS та шкалою оцінки психопатологічної симптоматики L. Derogatis SCL-90-R; б) стан якості життя (ЯЖ) — діагностували з використанням однойменної методики Н. Mezzi в адаптації Н. О. Марути; в) стан сімейного функціонування — досліджували за допомогою методики «Аналіз сімейної тривоги» Е. Ейдемільера, В. Юстицькіса.

У групі родичів без ознак психічних розладів та чинників, які впливають на стан здоров'я населення та звернення до закладів охорони здоров'я, виявлено значуще поліпшення суб'єктивної симптоматики в динаміці: щодо зниженого настрою, швидкої втомлюваності, а також тривоги і страху (табл. 4). За іншими психопатологічними проявами також виявлено позитивну динаміку, однак, розбіжності у поширеності цих симптомів в динаміці були статистично не значущими.

Таблиця 4. Поширеність психопатологічної симптоматики в процесі лікування у родичів без ознак психічних розладів та чинників, які впливають на стан здоров'я населення та звернення до закладів охорони здоров'я

Симптом	Усі пацієнти групи, n = 25				p
	до лікування		після лікування		
	абс.	%	абс.	%	
Знижений настрій	17	68,0	10	40,0	< 0,05
Втомлюваність	11	44,0	5	20,0	< 0,05
Тривога, страх	17	68,0	10	40,0	< 0,05
Занижена самооцінка	3	12,0	1	4,0	> 0,05
Когнітивні порушення	12	48,0	8	32,0	> 0,05
Порушення сну	8	32,0	5	20,0	> 0,05
Діагноз депресії	4	16,0	1	4,0	> 0,05

У групі родичів з ознаками чинників, що впливають на стан здоров'я, особи контрольної підгрупи виявили позитивну динаміку щодо усіх суб'єктивних психопатологічних проявів, однак, розбіжності у поширеності психопатологічної симптоматики до початку і після корекції були статистично не значущими (табл. 5). Натомість, у підгрупі втручання виявлено значущу позитивну динаміку за всіма

суб'єктивними проявами. Поширеність психопатологічної симптоматики у цій підгрупі після корекції була значуще меншою як порівняти з підгрупою контролю.

Питома вага осіб, які відповідали критеріям депресивного розладу, у підгрупі контролю зменшилася з 40,0 % до 36,8 %, а у підгрупі втручання — з 46,3 % до 19,5 % ($p = 0,093$).

Таблиця 5. Поширеність психопатологічної симптоматики в процесі лікування у родичів з ознаками чинників, що впливають на стан здоров'я

Симптом	Контрольна підгрупа, $n = 40$					Підгрупа втручання, $n = 41$					Порівняння контрольної та основної підгруп	
	до лікування		після лікування		p	до лікування		після лікування		p	до лікування	після лікування
	абс.	%	абс.	%		абс.	%	абс.	%			
Знижений настрій	35	87,5	24	60,0	> 0,05	36	87,8	14	34,1	< 0,05	> 0,05	< 0,05
Втомлюваність	20	50,0	17	42,5	> 0,05	26	63,4	14	34,1	< 0,05	> 0,05	< 0,05
Тривога, страх	25	62,5	17	42,5	> 0,05	29	70,7	9	22,0	< 0,05	> 0,05	< 0,05
Когнітивні порушення	28	70,0	20	50,0	> 0,05	31	75,6	10	24,4	< 0,05	> 0,05	< 0,05
Порушення сну	21	52,5	17	42,5	> 0,05	24	58,5	9	22,0	< 0,05	> 0,05	< 0,05
Діагноз депресії	16	40,0	14	36,8	> 0,05	19	46,3	8	19,5	< 0,05	> 0,05	> 0,05

У групі родичів з порушеннями адаптації показники після корекції були найгіршими з усіх груп, однак, у підгрупі втручання вони наближалися до тих, які були притаманні родичам з ознаками чинників, що впливають на стан здоров'я (табл. 6). Водночас виявлена в підгрупі контролю позитивна динаміка в процесі спостереження була несуттєвою.

Натомість, у підгрупі втручання виявлено значуще зменшення в процесі корекції питомої ваги осіб зі зниженим настроєм (з 95,2 % до 57,1 %), порушеннями когнітивного функціонування (з 90,5 % до 52,4 %) та загальної кількості пацієнтів, які відповідали критеріям депресивного розладу (з 66,7 % до 23,8 %).

Таблиця 6. Поширеність психопатологічної симптоматики в процесі лікування у родичів з наявністю порушень адаптації

Симптом	Контрольна підгрупа, $n = 20$					Підгрупа втручання, $n = 21$					Порівняння контрольної та основної підгруп	
	до лікування		після лікування		p	до лікування		після лікування		p	до лікування	після лікування
	абс.	%	абс.	%		абс.	%	абс.	%			
Знижений настрій	18	90,0	17	85,0	> 0,05	20	95,2	12	57,1	< 0,01	> 0,05	> 0,05
Втомлюваність	14	70,0	13	65,0	> 0,05	17	81,0	12	57,1	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Тривога, страх	12	60,0	11	55,0	> 0,05	13	61,9	8	38,1	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Когнітивні порушення	18	90,0	16	80,0	> 0,05	19	90,5	11	52,4	< 0,01	> 0,05	> 0,05
Порушення сну	16	80,0	15	75,0	> 0,05	16	76,2	10	47,6	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Діагноз депресії	12	60,0	11	55,0	> 0,05	14	66,7	5	23,8	< 0,01	> 0,05	< 0,05

Результати психодіагностичного обстеження підтвердили закономірності, виявлені під час клінічного обстеження.

Зокрема, у родичів без ознак психічних розладів та чинників, які впливають на стан здоров'я населення та звернення до закладів охорони здоров'я, у процесі спостереження виявлено значуще зменшення загального показника депресії за HDRS, а також окремих видів депресії: адинамічної, ажитованої, зі страхом і недиференційованої, зменшення загаль-

ного показника тривоги за HARS, а також окремих видів тривоги: психічної і соматичної, та показників тривоги і депресії за HADS (табл. 7).

У контрольній підгрупі родичів з ознаками чинників, що впливають на стан здоров'я, також виявлено позитивну динаміку за всіма зазначеними показниками, але значуще поліпшення в процесі спостереження виявлено лише за окремими видами депресії і тривоги — адинамічною депресією та соматичною тривоگو.

Натомість, у підгрупі втручання виявлено значущу позитивну динаміку за всіма показниками депресії і тривоги; водночас показники депресії і тривоги за даними оціночних шкал і опитувальників після лікування у цій підгрупі були значуще кращими проти контрольної підгрупи (табл. 8). Проте слід зауважити, що показники депресії і тривоги у підгрупі втручання до початку корекції були дещо вищими (незначуще) як порівняти з підгрупою контролю.

У контрольній підгрупі родичів з ознаками порушень адаптації відбулося значуще поліпшення показників депресії і тривоги в процесі спостереження за всіма показниками, за винятком показника психічної тривоги (табл. 9). Однак, у підгрупі втручання поліпшення показників депресії і тривоги було значуще суттєвішим; показники після корекції у цій підгрупі також були значуще кращими як порівняти з контрольною підгрупою.

Таблиця 7. Динаміка показників депресії і тривоги в процесі лікування у родичів без ознак психічних розладів та чинників, які впливають на стан здоров'я населення та звернення до закладів охорони здоров'я

Показник	Усі пацієнти групи, n = 25		
	до лікування	після лікування	p
Депресія за HDRS:			
загальна	8,00 ± 3,12	6,08 ± 2,48	< 0,01
адинамічна	4,96 ± 2,34	3,72 ± 1,88	< 0,01
ажитована	4,32 ± 2,06	3,40 ± 1,53	< 0,01
депресія зі страхом	2,84 ± 1,60	2,08 ± 1,22	< 0,01
недиференційована	1,48 ± 1,50	1,08 ± 1,26	< 0,01
Тривога за HARS:			
загальна	10,72 ± 4,47	8,72 ± 3,75	< 0,01
психічна	6,72 ± 2,98	5,40 ± 2,55	< 0,01
соматична	4,00 ± 2,71	3,32 ± 2,21	< 0,01
Тривога за HADS	7,60 ± 1,68	5,92 ± 1,71	< 0,01
Депресія за HADS	8,04 ± 4,67	6,36 ± 4,13	< 0,01

Таблиця 8. Динаміка показників депресії і тривоги в процесі лікування у родичів, у яких виявлені ознаки чинників, що впливають на стан здоров'я

Показник	Контрольна підгрупа, n = 40			Підгрупа втручання, n = 41			Порівняння контрольної та основної підгруп	
	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування
Депресія за HDRS:								
загальна	10,60 ± 5,43	9,73 ± 5,50	> 0,05	12,41 ± 4,94	7,37 ± 6,09	< 0,01	> 0,05	< 0,05
адинамічна	7,15 ± 3,84	5,55 ± 3,44	< 0,01	8,32 ± 3,39	4,27 ± 4,12	< 0,01	> 0,05	< 0,05
ажитована	5,08 ± 3,04	4,98 ± 3,46	> 0,05	6,10 ± 2,68	4,22 ± 3,73	< 0,01	> 0,05	< 0,05
депресія зі страхом	3,45 ± 2,18	3,33 ± 2,66	> 0,05	4,00 ± 1,92	1,95 ± 2,59	< 0,01	> 0,05	< 0,01
недиференційована	2,60 ± 2,06	2,43 ± 2,01	> 0,05	2,73 ± 1,69	1,73 ± 1,83	< 0,01	> 0,05	< 0,05
Тривога за HARS:								
загальна	17,53 ± 4,55	15,83 ± 5,90	> 0,05	19,02 ± 6,45	11,98 ± 4,89	< 0,01	> 0,05	< 0,01
психічна	8,33 ± 3,41	8,28 ± 4,18	> 0,05	9,68 ± 3,42	6,32 ± 2,95	< 0,01	> 0,05	< 0,05
соматична	9,20 ± 3,03	7,55 ± 3,59	< 0,05	9,34 ± 4,06	5,66 ± 2,74	< 0,01	> 0,05	< 0,05
Тривога за HADS	9,70 ± 2,10	8,90 ± 2,69	> 0,05	9,68 ± 1,97	7,41 ± 3,22	< 0,01	> 0,05	< 0,05
Депресія за HADS	9,90 ± 4,73	9,28 ± 3,15	> 0,05	10,93 ± 4,25	7,61 ± 3,48	< 0,01	> 0,05	< 0,05

Таблиця 9. Динаміка показників депресії і тривоги в процесі лікування у родичів з ознаками порушень адаптації

Показник	Контрольна підгрупа, n = 20			Підгрупа втручання, n = 21			Порівняння контрольної та основної підгруп	
	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування
Депресія за HDRS:								
загальна	14,80 ± 3,17	11,90 ± 2,95	< 0,01	15,57 ± 3,68	9,24 ± 6,84	< 0,01	> 0,05	< 0,01
адинамічна	8,50 ± 2,61	7,10 ± 2,57	< 0,01	9,71 ± 3,35	5,76 ± 4,45	< 0,01	> 0,05	< 0,01
ажитована	7,95 ± 1,79	6,55 ± 1,88	< 0,01	7,43 ± 1,94	5,29 ± 3,94	< 0,01	> 0,05	< 0,05
депресія зі страхом	5,15 ± 1,50	4,00 ± 1,26	< 0,01	5,05 ± 1,56	2,90 ± 2,98	< 0,01	> 0,05	< 0,01
недиференційована	3,45 ± 1,28	2,55 ± 1,10	< 0,01	4,14 ± 1,77	2,29 ± 3,16	< 0,01	> 0,05	< 0,05
Тривога за HARS:								
загальна	20,60 ± 5,06	13,55 ± 3,41	< 0,01	21,71 ± 4,43	9,86 ± 3,61	< 0,01	> 0,05	< 0,01
психічна	10,45 ± 2,63	9,15 ± 1,84	> 0,05	10,81 ± 2,66	7,48 ± 2,50	< 0,01	> 0,05	< 0,01
соматична	10,15 ± 4,21	4,40 ± 3,32	< 0,05	10,90 ± 3,45	2,38 ± 2,52	< 0,01	> 0,05	< 0,01
Тривога за HADS	12,20 ± 1,82	10,80 ± 1,91	< 0,01	12,05 ± 2,36	9,05 ± 2,75	< 0,01	> 0,05	< 0,05
Депресія за HADS	11,75 ± 4,33	10,40 ± 4,36	< 0,01	12,48 ± 2,91	8,00 ± 4,07	< 0,01	> 0,05	< 0,01

Під час оцінювання динаміки психопатологічної симптоматики в процесі корекції за даними опитувальника SCL-90-R у групі родичів без ознак психічних розладів та чинників, які впливають на стан здоров'я населення та звернення до закладів охорони здоров'я, виявлено значуще поліпшення стану за шкалами соматизації, obsесивно-компульсивних розладів, міжособистісної сенситивності, депресії, тривожності та фобічної тривожності (табл. 10).

Таблиця 10. Динаміка показників виразності психопатологічної симптоматики в процесі лікування у родичів без ознак психічних розладів та чинників, які впливають на стан здоров'я

Показник	Усі пацієнти групи, n = 25		
	до лікування	після лікування	p
Соматизація	0,86 ± 0,35	0,71 ± 0,35	< 0,01
Obsесивно-компульсивні розлади	1,06 ± 0,86	0,86 ± 0,72	< 0,01
Міжособистісна сенситивність	1,49 ± 0,43	1,28 ± 0,44	< 0,01
Депресія	1,76 ± 0,34	1,50 ± 0,31	< 0,01
Тривожність	1,76 ± 0,31	1,51 ± 0,27	< 0,01
Ворожість	0,04 ± 0,10	0,04 ± 0,09	> 0,05
Фобічна тривожність	0,79 ± 0,40	0,69 ± 0,35	< 0,01
Паранояльні симптоми	0,00 ± 0,00	0,00 ± 0,00	> 0,05
Психотизм	0,06 ± 0,09	0,05 ± 0,08	> 0,05

Аналогічно, у контрольній підгрупі родичів з ознаками чинників, що впливають на стан здоров'я, виявлена значуща позитивна динаміка показників соматизації, obsесивно-компульсивних розладів, міжособистісної сенситивності, депресії, тривожності та фобічної тривожності. У підгрупі втручання вдалося досягти не лише значущого поліпшення за цими шкалами в процесі корекції, а й статистично значуще кращих показників після лікування як порівняти з підгрупою контролю (табл. 11).

У контрольній підгрупі родичів з ознаками порушень адаптації динаміка показників психопатологічної симптоматики була менш вираженою (табл. 12). Статистично значуща динаміка у цій підгрупі в процесі спостереження виявлена для obsесивно-компульсивних розладів, міжособистісної сенситивності, депресії, тривожності та фобічної тривожності. У групі втручання динаміка показників виразності психопатологічної симптоматики в процесі корекції була суттєво кращою. У цій підгрупі вдалося досягти значущого поліпшення за показниками соматизації, obsесивно-компульсивних розладів, міжособистісної сенситивності, депресії, тривожності, ворожості та фобічної тривожності. Показники після лікування у групі втручання також були значуще кращими як порівняти з підгрупою контролю.

Таблиця 11. Динаміка показників виразності психопатологічної симптоматики в процесі лікування у родичів, у яких виявлені ознаки чинників, що впливають на стан здоров'я

Показник	Контрольна підгрупа, n = 40			Підгрупа втручання, n = 41			Порівняння контрольної та основної підгруп	
	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування
Соматизація	1,10 ± 0,39	0,90 ± 0,42	< 0,01	1,13 ± 0,43	0,62 ± 0,33	< 0,01	> 0,05	< 0,01
Obsесивно-компульсивні розлади	1,56 ± 0,79	1,30 ± 0,77	< 0,01	1,72 ± 0,69	0,93 ± 0,41	< 0,01	> 0,05	< 0,01
Міжособистісна сенситивність	1,87 ± 0,41	1,62 ± 0,49	< 0,01	1,78 ± 0,47	1,13 ± 0,34	< 0,01	> 0,05	< 0,01
Депресія	2,10 ± 0,78	1,76 ± 0,66	< 0,01	2,35 ± 0,64	1,46 ± 0,48	< 0,01	> 0,05	< 0,05
Тривожність	1,98 ± 0,60	1,71 ± 0,67	< 0,01	2,20 ± 0,46	1,39 ± 0,39	< 0,01	> 0,05	< 0,05
Ворожість	0,12 ± 0,19	0,10 ± 0,16	> 0,05	0,19 ± 0,21	0,03 ± 0,08	< 0,01	> 0,05	> 0,05
Фобічна тривожність	1,03 ± 0,44	0,85 ± 0,47	< 0,01	1,08 ± 0,45	0,56 ± 0,34	< 0,01	> 0,05	< 0,01
Паранояльні симптоми	0,02 ± 0,07	0,01 ± 0,06	> 0,05	0,02 ± 0,07	0,00 ± 0,00	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Психотизм	0,05 ± 0,09	0,03 ± 0,08	> 0,05	0,08 ± 0,10	0,03 ± 0,06	< 0,01	> 0,05	> 0,05

Таблиця 12. Динаміка показників виразності психопатологічної симптоматики в процесі лікування у родичів з ознаками порушень адаптації

Показник	Контрольна підгрупа, n = 20			Підгрупа втручання, n = 21			Порівняння контрольної та основної підгруп	
	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування
Соматизація	1,23 ± 0,29	1,22 ± 0,21	> 0,05	1,33 ± 0,53	1,04 ± 0,24	< 0,01	> 0,05	< 0,05
Obsесивно-компульсивні розлади	1,78 ± 0,73	1,50 ± 0,63	< 0,01	1,85 ± 0,78	1,10 ± 0,50	< 0,01	> 0,05	< 0,05
Міжособистісна сенситивність	2,00 ± 0,34	1,84 ± 0,35	< 0,05	2,07 ± 0,37	1,54 ± 0,39	< 0,01	> 0,05	< 0,05
Депресія	2,64 ± 0,56	2,32 ± 0,52	< 0,01	2,75 ± 0,49	1,82 ± 0,71	< 0,01	> 0,05	< 0,05
Тривожність	2,32 ± 0,40	2,15 ± 0,31	< 0,05	2,37 ± 0,47	1,80 ± 0,55	< 0,01	> 0,05	< 0,05
Ворожість	0,18 ± 0,20	0,17 ± 0,24	> 0,05	0,23 ± 0,22	0,13 ± 0,19	< 0,05	> 0,05	< 0,05
Фобічна тривожність	1,37 ± 0,38	1,17 ± 0,35	< 0,01	1,45 ± 0,45	0,91 ± 0,33	< 0,01	> 0,05	< 0,05
Паранояльні симптоми	0,04 ± 0,08	0,03 ± 0,07	> 0,05	0,04 ± 0,08	0,02 ± 0,08	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Психотизм	0,06 ± 0,10	0,05 ± 0,09	> 0,05	0,06 ± 0,11	0,03 ± 0,07	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Поліпшення психоемоційного стану, усунення проявів порушень адаптації, поліпшення функціонування позначилося на поліпшенні показників ЯЖ в процесі корекції.

Зокрема, у групі родичів без ознак психічних розладів та чинників, які впливають на стан здоров'я населення та звернення до закладів охорони здоров'я, у динаміці спостереження виявлено поліпшення показників ЯЖ у сферах суб'єктивного благополуччя / задоволеності, виконання соціальних ролей, зовнішніх життєвих умов, а також загального показника ЯЖ. Однак статистично значущими ці зміни виявилися лише для загального показника ЯЖ (табл. 13).

У групі родичів з ознаками чинників, що впливають на стан здоров'я, в процесі корекції показники ЯЖ значуще збільшилися. Водночас підвищення показників ЯЖ у підгрупі втручання було значуще більшим за всіма сферами (табл. 14).

Таблиця 14. Динаміка показників якості життя в процесі лікування у родичів з ознаками чинників, що впливають на стан здоров'я

Показник	Контрольна підгрупа, n = 40			Підгрупа втручання, n = 41			Порівняння контрольної та основної підгруп	
	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування
Суб'єктивне благополуччя / задоволеність	17,05 ± 3,59	18,05 ± 3,75	< 0,01	16,27 ± 2,85	20,07 ± 2,99	< 0,01	> 0,05	< 0,01
Виконання соціальних ролей	24,70 ± 3,88	25,68 ± 4,43	< 0,05	23,88 ± 3,87	27,88 ± 3,87	< 0,01	> 0,05	< 0,05
Зовнішні життєві умови	19,63 ± 2,50	20,68 ± 2,62	< 0,01	19,41 ± 2,58	22,41 ± 2,58	< 0,01	> 0,05	< 0,01
Показник якості життя	6,14 ± 0,78	6,44 ± 0,85	< 0,01	5,96 ± 0,75	7,04 ± 0,76	< 0,01	> 0,05	< 0,01

Таблиця 15. Динаміка показників якості життя в процесі лікування у родичів з ознаками порушень адаптації

Показник	Контрольна підгрупа, n = 20			Підгрупа втручання, n = 21			Порівняння контрольної та основної підгруп	
	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування
Суб'єктивне благополуччя / задоволеність	13,35 ± 1,14	14,80 ± 1,36	< 0,01	12,86 ± 1,46	18,19 ± 1,29	< 0,01	> 0,05	< 0,01
Виконання соціальних ролей	20,25 ± 2,05	23,05 ± 1,57	< 0,01	19,95 ± 1,96	25,14 ± 1,80	< 0,01	> 0,05	< 0,01
Зовнішні життєві умови	17,40 ± 2,04	16,40 ± 2,04	< 0,01	16,95 ± 1,43	19,00 ± 2,32	< 0,01	> 0,05	< 0,01
Показник якості життя	5,10 ± 0,37	5,43 ± 0,35	< 0,01	4,98 ± 0,33	6,23 ± 0,37	< 0,01	> 0,05	< 0,01

Позитивні зміни виявлені також для показників сімейної тривожності; динаміка цих показників у різних групах суттєво відрізнялася. Зокрема, у групі родичів без ознак психічних розладів та чинників, які впливають на стан здоров'я населення, показники сімейної провини, сімейної тривожності, сімейної напруженості та загальний показник сімейної тривожності значуще покращилися у динаміці спостереження (табл. 16).

У родичів, у яких виявлені ознаки чинників, що впливають на стан здоров'я, у підгрупі контролю значущі позитивні зміни в динаміці виявлені лише для загального показника сімейної тривожності (табл. 17).

Таблиця 13. Динаміка показників якості життя в процесі лікування у родичів без ознак психічних розладів та чинників, які впливають на стан здоров'я населення та звернення до закладів охорони здоров'я

Показник	Усі пацієнти групи, n = 25		
	до лікування	після лікування	p
Суб'єктивне благополуччя / задоволеність	21,44 ± 2,16	22,12 ± 1,99	> 0,05
Виконання соціальних ролей	29,08 ± 3,21	29,88 ± 2,62	> 0,05
Зовнішні життєві умови	23,04 ± 1,84	23,52 ± 2,08	> 0,05
Показник якості життя	7,36 ± 0,51	7,55 ± 0,53	< 0,05

У групі родичів з ознаками порушень адаптації показники ЯЖ в динаміці покращилися і у підгрупі втручання, і у контрольній підгрупі, однак, це поліпшення у підгрупі втручання було значуще більшим (табл. 15).

Таблиця 16. Динаміка показників сімейної тривожності в процесі лікування у родичів без ознак психічних розладів та чинників, які впливають на стан здоров'я населення та звернення до закладів охорони здоров'я

Показник	Усі пацієнти групи, n = 25		
	до лікування	після лікування	p
Сімейна провина	2,68 ± 3,65	1,08 ± 2,55	< 0,01
Сімейна тривожність	2,72 ± 3,51	1,44 ± 2,63	< 0,01
Сімейна напруженість	2,44 ± 3,85	1,68 ± 3,16	< 0,05
Загальний рівень сімейної тривожності	13,48 ± 5,91	9,56 ± 5,11	< 0,01

Таблиця 17. Динаміка показників сімейної тривожності в процесі лікування у родичів, у яких виявлені ознаки чинників, що впливають на стан здоров'я

Показник	Контрольна підгрупа, n = 40			Підгрупа втручання, n = 41			Порівняння контрольної та основної підгруп	
	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування
Сімейна провина	4,13 ± 2,67	3,58 ± 2,88	> 0,05	4,56 ± 2,52	2,07 ± 2,79	< 0,01	> 0,05	< 0,05
Сімейна тривожність	4,83 ± 4,65	4,53 ± 4,56	> 0,05	5,39 ± 4,53	2,41 ± 3,39	< 0,01	> 0,05	< 0,01
Сімейна напруженість	4,23 ± 4,90	4,03 ± 4,53	> 0,05	5,05 ± 4,39	1,93 ± 3,36	< 0,01	> 0,05	< 0,01
Загальний рівень сімейної тривожності	16,85 ± 7,22	15,18 ± 8,28	< 0,05	17,71 ± 6,57	8,05 ± 8,11	< 0,01	> 0,05	< 0,01

Натомість, у підгрупі втручання значущі позитивні зміни виявлені для всіх показників сімейної тривожності. У контрольній підгрупі родичів, у яких виявлені порушення адаптації, спостерігалася позитивна динаміка показників сімейної тривожності, однак,

відмінності були статистично не значущими. Натомість, у підгрупі втручання під впливом лікувально-корекційних заходів виявлено значущу позитивну динаміку за всіма показниками сімейної тривожності (табл. 18).

Таблиця 18. Динаміка показників сімейної тривожності в процесі лікування у родичів з наявністю ознак порушень адаптації

Показник	Контрольна підгрупа, n = 20			Підгрупа втручання, n = 21			Порівняння контрольної та основної підгруп	
	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування	p	до лікування	після лікування
Сімейна провина	5,25 ± 1,94	4,60 ± 2,41	> 0,05	5,90 ± 1,70	2,52 ± 3,06	< 0,01	> 0,05	< 0,01
Сімейна тривожність	6,45 ± 3,82	5,90 ± 4,30	> 0,05	6,81 ± 4,51	3,05 ± 4,06	< 0,01	> 0,05	< 0,01
Сімейна напруженість	6,25 ± 3,93	5,95 ± 4,17	> 0,05	6,62 ± 3,79	2,90 ± 4,13	< 0,01	> 0,05	< 0,01
Загальний рівень сімейної тривожності	19,50 ± 5,51	18,70 ± 6,37	> 0,05	20,57 ± 6,10	12,71 ± 6,86	< 0,01	> 0,05	< 0,01

Отже, застосування запропонованої комплексної системи заходів диференційованої корекції і профілактики психічної дезадаптації дає змогу досягти значуще кращої динаміки змін у психоемоційній сфері, зменшення виразності депресивної, тривожної та іншої психопатологічної симптоматики, усунення проявів порушень адаптації, поліпшення якості життя та сімейного функціонування родичів пацієнтів з деменцією.

Це дає нам підстави рекомендувати зазначену систему для впровадження у практику охорони здоров'я.

Список літератури

- World Alzheimer report 2015: the global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends / Prince, M. J., Wimo, A., Guerchet, M. M., [et al.]. London: Alzheimer's Disease International, 2015. DOI: <http://www.alz.co.uk/research/world-report-2015>.
- GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 // *Lancet Public Health*. 2022. Vol. 7:e105—25. DOI: [10.1016/S2468-2667\(21\)00249-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00249-8)
- Trajectories of relationship quality in dementia: a longitudinal study in eight European countries / Marques, M. J., Tan, E. Y. L., Woods, B., Jelley, H., Kerpershoek, L., Hopper, L., ... & Actifcare Consortium // *Aging & mental health*. 2022. Vol. 26(11). P. 2307—2315. DOI: <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1969641>.

- The quality of the relationship perceived by spouses of people with young-onset dementia / Bruinsma, J., Peetoom, K., Millenaar, J., [et al.] // *International psychogeriatrics*. 2024. Vol. 36(6). P. 482—491. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1041610220000332>.
- Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia / Clare, L., Woods, R. T., Moniz Cook, E. D., [et al.] // *The Cochrane database of systematic reviews*. 2003. (4), CD003260. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003260>.
- Wong, C. S. C., & Zelman, D. C. Caregiver expressed emotion as mediator of the relationship between neuropsychiatric symptoms of dementia patients and caregiver mental health in Hong Kong. *Aging & Mental Health*. 2020. Vol. 24(10). P. 1690—1699. DOI: <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1636200>.
- Addressing relationship quality of people with dementia and their family carers: which profiles require most support? / Marques, M. J., Woods, B., Jelley, H., [et al.] // *Frontiers in psychiatry*. 2024. Vol. 15, 1394665. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1394665>.
- Quality of Life and Caregiver Burden of Alzheimer's Disease Among Community Dwelling Patients in Europe: Variation by Disease Severity and Progression / Froelich, L., Lladó, A., Khandker, R. K., [et al.] // *Journal of Alzheimer's disease reports*. 2021. Vol. 5(1). P. 791—804. <https://doi.org/10.3233/ADR-210025>.
- Огоренко В. В., Сеславська Є. Л. Клініко-психопатологічний аналіз стану психічної сфери у родичів пацієнтів з деменцією // *Український вісник психоневрології*. 2024. Т. 32, вип. 2 (119). С. 53—60. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is2-2024-9>.

10. Сеславська, Є. Феномен сімейної тривоги у родичів пацієнтів з деменцією: наявність, структура, взаємозв'язок зі станом психічної сфери // *Медицина сьогодні і завтра*. 2024. Т. 93, № 4. С. 58—66. DOI: <https://doi.org/10.35339/msz.2024.93.4.ses>.

11. Сеславська, Є. Аналіз стану резиліентності та типу ставлення до психічної хвороби родича як чинників функціонування сімейної системи в родині пацієнтів з деменцією // *Експериментальна і клінічна медицина*. 2024. Т. 93, № 4. С. 24—32. DOI: <https://doi.org/10.35339/ekm.2024.93.4.ses>.

12. Сеславська Є. Л. Порівняльний аналіз інтерпсихічних і інтрапсихічних ресурсів родичів пацієнтів з деменцією залежно від стану їх психічної адаптації // *Український вісник психоневрології*. 2024. Т. 32, вип. 3 (120). С. 70—77. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is3-2024-12>.

References

1. Prince, M. J., Wimo, A., Guerchet, M. M., Ali, G. C., Wu, Y. T., & Prina, M. *World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*. [Research Report] Alzheimer's Disease International. 2015. (hal-03495438). <http://www.alz.co.uk/research/world-report-2015>.

2. GBD 2019 Dementia Forecasting Collaborators. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Public health*. 2022;7(2), e105–e125. doi:[doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00249-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00249-8).

3. Marques MJ, Tan EYL, Woods B, et al. Trajectories of relationship quality in dementia: a longitudinal study in eight European countries. *Aging & mental health*. 2022;26(11):2307-2315. doi:[10.1080/13607863.2021.1969641](https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1969641).

4. Bruinsma J, Peetoom K, Millenaar J, et al. The quality of the relationship perceived by spouses of people with young-onset dementia. *International psychogeriatrics*. 2024;36(6):482-491. doi:[10.1017/S1041610220000332](https://doi.org/10.1017/S1041610220000332).

5. Clare L, Woods RT, Moniz Cook ED, Orrell M, Spector A. Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2003;(4):CD003260. doi:[10.1002/14651858.CD003260](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003260).

6. Wong CSC, Zelman DC. Caregiver expressed emotion as mediator of the relationship between neuropsychiatric symptoms of dementia patients and caregiver mental health in Hong Kong. *Aging Ment Health*. 2020;24(10):1690-1699. doi:[10.1080/13607863.2019.1636200](https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1636200).

7. Marques MJ, Woods B, Jolley H, et al. Addressing relationship quality of people with dementia and their family carers: which profiles require most support?. *Frontiers in psychiatry*. 2024;15:1394665. Published 2024 Sep 11. doi:[10.3389/fpsy.2024.1394665](https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1394665).

8. Froelich L, Lladó A, Khandker RK, et al. Quality of Life and Caregiver Burden of Alzheimer's Disease Among Community Dwelling Patients in Europe: Variation by Disease Severity and

Progression. *Journal of Alzheimer's disease reports*. 2021;5(1):791-804. Published 2021 Oct 25. doi:[10.3233/ADR-210025](https://doi.org/10.3233/ADR-210025).

9. Ogorenko V. V., Seslavska E. L. Clinical and psychopathological analysis of the mental state of relatives of patients with dementia. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrologii*. [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology]. 2024;32(2(119)):53-60. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is2-2024-9>. (In Ukrainian).

10. Seslavska, E. (2024). [The phenomenon of family anxiety in relatives of patients with dementia: presence, structure, relationship with the state of the mental sphere. *Medytsyna sohodni i zavtra* [Medicine Today and Tomorrow], 93(4), 58-66. <https://doi.org/10.35339/msz.2024.93.4.ses>. (In Ukrainian).

11. Seslavska, E. (2024). Analysis of the state of resilience and the type of attitude towards a relative's mental illness as factors in the functioning of the family system in families of patients with dementia. *Eksperimentalna i klinichna medytsyna* [Experimental and Clinical Medicine], 93(4), 24-32. <https://doi.org/10.35339/ekm.2024.93.4.ses>. (In Ukrainian).

12. Seslavska E. L. Comparative analysis of interpsychic and intrapsychic resources of relatives of patients with dementia depending on the state of their mental adaptation. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrologii*. [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology]. 2024. 32, 3 (120), 70-77. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is3-2024-12>. (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 4.03.2025

Відомості про авторів:

ОГОРЕНКО Вікторія Вікторівна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Дніпровського державного медичного університету, м. Дніпро, Україна; <https://orcid.org/0000-0003-0549-4292>; e-mail: ogorenkov@gmail.com

СЕСЛАВСЬКА Євгенія Леонідівна, аспірант кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Дніпровського державного медичного університету; лікар-психіатр Центру психіатричної допомоги дитячому та дорослому населенню Комунального некомерційного підприємства «Клінічна лікарня швидкої медичної допомоги Дніпровської міської ради», м. Дніпро, Україна; <https://orcid.org/0000-0003-2732-8340>

Information about the authors:

OGORENKO Viktoriia, Doctor of medical Sciences, professor, head Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Dnipro State Medical University, Dnipro, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0003-0549-4292>; e-mail: ogorenkov@gmail.com

SESLAVSKA Eugenia, a graduate student of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the Dnipro State Medical University, a psychiatrist at the Center for Psychiatric Assistance to Children and Adults of the Communal Non-Profit enterprise "Clinical Emergency Medical Hospital of the Dnipro City Council", Dnipro, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0003-2732-8340>