

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Фармацевтичний та медико-профілактичний факультет
Кафедра педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права

На правах рукопису

Сербіна Олена Володимирівна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти
за спеціальністю 053 «Психологія»

**на тему: “Патопсихологія депресивних розладів та психологічний
супровід при цих порушеннях”**

Керівник:

Пилягіна Галина Яківна,

доктор медичних наук, професор,
завідувача кафедрою психіатрії, психотерапії та медичної психології НУОЗ
України імені П.Л. Шупика

Рецензент:

Гуцол Кирило Віталійович,

Доктор філософії з психології, старший науковий співробітник лабораторії
когнітивної психології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України

Робота містить результати власного дослідження автора. Використані здобутки
інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ О.В. Сербіна

(підпис)

Робота допущена до захисту 02 грудня 2024 року.

Завідувач випускової кафедри

_____ професор В.В. Краснов

(підпис)

Київ – 2024

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	3
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПАТОПСИХОЛОГІЇ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ.....	8
1.1 Загальна характеристика та патопсихологічні особливості депресивних розладів.....	8
1.1.1 Історичний розвиток поняття “депресія”.....	10
1.1.2 Визначення та типологія депресивних розладів.....	14
1.1.3 Етіологічні фактори депресії.....	19
1.1.4 Клінічні прояви депресивних розладів.....	24
1.2 Огляд методів діагностики депресивних розладів	30
1.3 Особливості психологічного супроводу пацієнтів з депресивними розладами	39
Висновки до Розділу 1.....	45
РОЗДІЛ 2 ДІАГНОСТИКА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ВІЛ- ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ	47
2.1 Програма емпіричного дослідження з діагностики депресивних розладів у ВІЛ-інфікованих пацієнтів.....	47
2.2 Матеріали дослідження.....	50
2.3 Аналіз результатів емпіричного дослідження.....	51
Висновки до Розділу 2.....	65
РОЗДІЛ 3 ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ.....	68
3.1 Програма психологічного супроводу ВІЛ-інфікованих пацієнтів з депресивними розладами.....	68
Висновки до розділу 3	75
ВИСНОВКИ	77
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	79
ДОДАТКИ	91

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АРТ	Антиретровірусна терапія
ВІЛ	Вірус імунodefіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
КПТ	Когнітивно-поведінкова терапія
МКХ-10	Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я, 10-те видання
МКХ-11	Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я, 11-те видання
ФНП	Фактор некрозу пухлини
BDI	Опитувальник депресії Бека (Beck Depression Inventory)
BDNF	Нейротрофічний фактор головного мозку (Brain-derived neurotrophic factor)
BPRS	Коротка психіатрична шкала (The Brief Psychiatric Rating Scale)
DSM	Керівництво з діагностики та статистики психічних розладів (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)
DEPS	Шкала депресії ДЕПС (The Depression Scale)
CD4+	Т-лімфоцити крові
CES-D	Шкала депресії Центру епідеміологічних досліджень (The Center for Epidemiologic Studies Depression scale)
HADS	Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale)
HPA	Гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь (The hypothalamic-pituitary-adrenal axis)
HRSD	Шкала оцінки депресії Гамільтона (The Hamilton Rating Scale for Depression)
MADRS	Шкала оцінки депресії Монтгомері-Асберг (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale)

MINI	Міні-міжнародне нейропсихіатричне інтерв'ю (Mini International Neuropsychiatric Interview)
MMPI-2	Міннесотський багатопрофільний особистісний опитувальник-2 (The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2)
MMSE	Коротка шкала оцінки психічного статусу (Mini-Mental State Examination)
MMSE-2	Коротка шкала оцінки психічного статусу-2 (Mini-Mental State Examination-2)
NICE	Національний інститут здоров'я і вдосконалення медичної допомоги (National Institute for Health and Care Excellence)
PHQ-2	Опитувальник стану здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire), 2 запитання
PHQ-9	Опитувальник стану здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire), 9 запитань
PSP	Шкала особистісного та соціального функціонування (Personal and Social Performance scale)
QIDS	Швидкий опитувальник депресивної симптоматики (Quick Inventory of Depressive Symptomatology)
QLS-Q	Опитувальник із задоволеності життям (Questions on Life Satisfaction)
SDS	Шкала інвалідності Шихана (The Sheehan Disability Scale)
SF-36	Опитувальник із якості життя, коротка форма (The Short Form (36) Health Survey)
STEPS	Поетапний підхід ВООЗ до епіднагляду за факторами ризику неінфекційних захворювань (STEPwise approach to noncommunicable disease risk factor surveillance)
TAT	Тематичний аперцептивний тест (Thematic Apperception Test)
YMRS	Оціночна шкала маній Янга (Young Mania Rating Scale)

ВСТУП

Депресивні розлади є одними з найбільш поширених психічних порушень у світі, що значно впливають на якість життя, соціальну активність та загальний стан здоров'я пацієнтів. Особливо важливим є вивчення патопсихологічних ознак депресивних розладів у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, оскільки вони перебувають у групі підвищеного ризику розвитку депресії через складні соціально-економічні відносини. За наявними даними, поширеність депресії серед осіб, які живуть із ВІЛ, становить від 20 до 40% [7]. Депресія серед ВІЛ-інфікованих є одним із найсильніших індикаторів поганої прихильності до лікування АРТ. Це призводить до погіршення стану здоров'я хворого через зростання вірусного навантаження та підвищує ризик розвитку важких опортуністичних інфекцій, таких як сепсис, бактеріальна пневмонія, криптококовий менінгіт, токсоплазмозний енцефаліт, туберкульоз та онкозахворювання. Депресія негативно впливає на імунну систему ВІЛ-інфікованої людини, знижуючи рівень CD4-лімфоцитів, які відіграють важливу роль у захисті організму від інфекцій. Це робить організм більш вразливим до захворювань. Депресивні порушення можуть сприяти хронічній імунній активації, що посилює запалення в організмі. Це створює додаткове навантаження на імунну систему ВІЛ-інфікованого, а також впливає на роботу мозку та сприяє розвитку або погіршенню симптомів депресії. Прийом ряду антиретровірусних препаратів також може викликати побічні ефекти у вигляді симптомів депресії або підвищення рівня тривоги у хворих. Депресія також значно підвищує ризик смертності серед людей, що живуть з ВІЛ [81]. Отже, для покращення результатів лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів важливо інтегрувати психологічну допомогу в лікувальний процес, зокрема своєчасний скринінг і психологічний супровід депресивних порушень.

Актуальність теми дослідження зумовлена необхідністю покращення якості надання медичних та психологічних послуг для ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити патопсихологічні ознаки депресивних розладів у ВІЛ-інфікованих пацієнтів за допомогою стандартизованих опитувальників і розробити модель психологічного супроводу таких пацієнтів.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичне дослідження патопсихологічних особливостей депресивних розладів і методів діагностики даних захворювань в сучасній науковій літературі.
2. Емпіричним шляхом дослідити патопсихологічні ознаки депресивних розладів серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів.
3. З'ясувати розбіжності в результатах діагностики депресивних розладів у ВІЛ-інфікованих пацієнтів при використанні різних стандартизованих опитувальників.
4. Розробити модель психологічного супроводу ВІЛ-інфікованих пацієнтів з депресивними розладами на основі сучасних методів, запропонованих у науковій літературі та міжнародних клінічних рекомендаціях.

Об'єктом дослідження є депресивні розлади у ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Предметом дослідження виступають патопсихологічні ознаки депресивних розладів у ВІЛ-інфікованих пацієнтів та стратегії психологічного супроводу при цих захворюваннях.

Методи дослідження: у дослідженні використано комплекс теоретичних і емпіричних методів та методи статичної обробки даних.

Теоретичні методи: аналіз, синтез, узагальнення даних з обраної теми дослідження; порівняння для аналізу отриманих даних різних опитувальників для діагностики депресії.

Емпіричні методи: спостереження, бесіда, використання психодіагностичних методів для діагностики депресії, включене спостереження експериментатора як практичного психолога відділення профілактики та боротьби зі СНІДом, структуроване інтерв'ю.

Математичні методи: описова статистика, кореляційний аналіз з використанням коефіцієнта кореляції Пірсона, виконані на базі безоплатного статистичного пакета Jamovi, версія 2.3.

Для розв'язання поставлених завдань було використано наступний діагностичний інструментарій:

- Опитувальник депресії Бека (BDI) [27, 29];
- Опитувальник стану здоров'я пацієнта (PHQ-9) [10, 19, 29];
- Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) [19, 29].

Організація та база дослідження.

Дослідження проводилося на базі Комунального некомерційного підприємства Черкаська міська консультативно-діагностична поліклініка, філія № 1. У вибірку увійшли 35 пацієнтів із ВІЛ, які перебувають на обліку в амбулаторному відділенні профілактики та боротьби зі СНІДом. Детальні характеристики вибірки, інструментів і процедур описані у підрозділі 2.1.1.

Практична значущість дослідження полягає в можливості застосування розробленої моделі психологічного супроводу в клінічній практиці. Це сприятиме своєчасному виявленню депресивних розладів, ефективній психологічній підтримці та покращенню якості життя ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Враховуючи високу поширеність депресії серед цієї категорії пацієнтів, впровадження запропонованого підходу може знизити рівень тривожності, покращити психічний і фізичний стан пацієнтів, а також зміцнити їх прихильність до антиретровірусної терапії. Комплексний підхід, що включає діагностику за декількома шкалами та психологічний супровід, може бути рекомендований для впровадження в практику медичних закладів, які надають допомогу ВІЛ-інфікованим пацієнтам.

Тези кваліфікаційної роботи щодо основних психологічних ознак депресивного розладу були озвучені автором під час виступу на засіданні Науково-практичної конференції з міжнародною участю “YOUNG SCIENCE 5.0” (для молодих вчених) 24.05.2024.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПАТОПСИХОЛОГІЇ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ

1.1 Загальна характеристика та патопсихологічні особливості депресивних розладів

За оцінками ВООЗ, депресія вражає близько 3,8% населення світу, зокрема 5% дорослих і 5,7% людей віком від 60 років. Загалом, у 2019 році 280 мільйонів людей у світі страждали на депресивні розлади, у тому числі 23 мільйони дітей та підлітків [61]. Поширеність депресії приблизно на 50% вища серед жінок, ніж серед чоловіків. Понад 10% вагітних та жінок у післяпологовому періоді стикаються з депресією [94]. Щорічно через самогубства помирає понад 700000 осіб. Самогубство є четвертою найпоширенішою причиною смертності серед молоді у віці від 15 до 29 років [47]. Згідно з дослідженнями STEPS кожен восьмий дорослий (12,4%) в Україні повідомив про симптоми, що відповідають клінічному діагнозу депресії [8].

Актуальною є проблема зростання кількості психічних захворювань, в тому числі депресивних розладів, через вплив війни. Так, кожна п'ята людина, що є свідком військових дій перебуває в зоні ризику захворіти на психічний розлад, що для України становить майже 8,5 млн осіб. За попередніми прогнозами Міністерства охорони здоров'я України, психологічної допомоги через наслідки війни потребуватимуть понад 15 млн громадян [28].

Депресія також є найрозповсюдженішим психічним розладом серед ВІЛ-інфікованих осіб. За даними наукових досліджень встановлено, що її поширеність серед даної категорії пацієнтів коливається від 27 до 44% та втричі перевищує показники загальної популяції [63]. Так, середня поширеність депресивних симптомів серед ВІЛ-інфікованих становить 34,17%, а великого депресивного розладу – 13,42%. Психічні розлади, в тому

числі депресія, можуть збільшувати ризик інфікування ВІЛ у 4-10 разів [81, 45, 57].

Встановлено, що депресія суттєво впливає на якість життя ВІЛ-інфікованих пацієнтів, що приймають АРТ та є одним із найсильніших предикторів поганої прихильності до лікування [7]. Метааналіз показав, що ймовірність досягнення хорошої прихильності до АРТ була на 42% нижчою серед пацієнтів з депресією [54]. Пацієнти з депресивними симптомами на 46% частіше порушують режим лікування [73].

За результатами останніх досліджень депресія та тривога є переважаючими психічними розладами серед ВІЛ-інфікованих осіб з числа молоді віком від 10 до 24 років, при цьому сукупні показники поширеності становлять 24,6% для депресії та 17,0% для тривоги відповідно. Таким чином, депресія та тривога у 2,34 та 2,62 рази частіше зустрічаються у молоді, що живе з ВІЛ, на відміну від їх здорових однолітків [97].

Незважаючи на те, що АРТ дає шанс людям, що живуть з ВІЛ на тривале життя, проблема суїцидальності серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів все ще залишається актуальною. Такі фізіологічні фактори, як статус ВІЛ-інфікованого, низька кількість CD4-лімфоцитів, опортуністичні інфекції, побічні реакції на АРТ, а також ряд психосоціальних факторів (депресія, високий рівень стресу, низька соціальна підтримка, насильство, вплив дискримінації) збільшують ризик суїциду. Аналіз доводить, що 16,8% молодих людей, які живуть з ВІЛ, відчували суїцидальні думки, а 9,7% намагалися покінчити життя самогубством, що значно перевищує показники в загальній популяції. Також 29,7% ВІЛ-інфікованих з числа молоді повідомили, що мали суїцидальні думки протягом життя, а 12,9% вчиняли спроби самогубства [97].

Отже, в наш час депресія стала одною з головних загроз для здоров'я сучасної людини, у зв'язку з чим дослідники з усього світу активно займаються дослідженням депресивних розладів та пошуком ефективних методів їх лікування [59].

1.1.1. Історичний розвиток поняття “депресія”.

Досліджуючи патопсихологічні особливості депресивних розладів, важливо, на наш погляд, розпочати з огляду історичного розвитку самого поняття “депресія”, оскільки це допоможе краще зрозуміти сучасні концепції та підходи.

Історія вивчення депресивних розладів налічує близько 2500 років. Так, в п'ятому столітті до н.е. Гіппократ (460–370 рр. до н.е.) у своїх трактатах дав перший відомий опис меланхолії (грецька назва патологічних станів депресії) - “Страх або смуток, які тривають довго, означають меланхолію“. Крім цих двох симптомів в працях вченого згадувалися також відраза до їжі, зневіра, безсоння, дратівливість, неспокій. Всі ці симптоми дуже схожі на сучасне визначення депресії [59, 34].

Послідовники Гіппократа не розглядали депресію як самостійний стан, а пов'язували з іншими розладами, зокрема тривогою (страхом) і маренням. Меланхолійні стани описували як поєднання тривожних занепокоєнь, невизначених страхів, сумного настрою, суїцидальних імпульсів та похмурої підозрілості. Симптоми повинні тривати достатньо довго, щоб вказувати на розлад. Це перша спроба визначити такий важливий аспект депресивного розладу як непропорційність реакції щодо обставин, які її викликали [59].

Греки вважали, що здоров'я регулюється рівновагою 4-х рідин в організмі людини (кров, мокротиння, жовта жовч та чорна жовч), а хвороби виникають через порушення цієї рівноваги. Меланхолія асоціювалась з надлишком чорної жовчі, а такі фактори як нездорове харчування, неправильний спосіб життя, несприятливе довкілля можуть призвести до дисбалансу рідин.

У традиційних діагностичних трактатах того часу розрізняли також депресію - як патологічний стан, та нормальний смуток або страх, що є адекватними реакціями на важкі втрати [59].

Аристотель (384-322 до н.е.) описав меланхолічний темперамент як стан,

що характеризується такими симптомами як страх, тривога, ненависть до людей та постійний сум. Меланхолія може вважатися патологією або, навпаки, ознакою геніальності, залежно від того, що переважає в людини - примарні уяви чи креативність. Він розрізняє дві психопатологічні картини розладу: спокійне божевілля, яке виникає через надлишок холодної чорної жовчі та призводить до станів несвідомості або дистимії й збуджене божевілля через надлишок гарячої чорної жовчі, що викликає манію, імпульсивність й гнів [39].

Після ранньої грецької та римської медицини до кінця XVIII століття майже не відбувалося суттєвих змін у поглядах на депресію. Р. Бертон у праці “Анатомія меланхолії” [41] описує три ключові аспекти депресії: настрій, когнітивні функції та фізичні симптоми, які до цього часу вважаються характерними ознаками цього стану. Він наполягав на тому, що меланхолійні симптоми самі по собі не є достатнім доказом розладу. Схильність до меланхолії властива всім людям і є природною та поширеною реакцією на втрати й розчарування. Лише симптоми, що виникають без причини можуть свідчити про розлад.

У XVII столітті в науці відбулися значні зміни: старі інтуїтивні підходи замінили методи, засновані на спостереженнях і експериментах Ф. Бекона та І. Ньютона. З’являється поняття специфічності хвороби. Відомий англійський лікар Т. Сіденгам у своїх роботах зазначав, що кожна хвороба має природні форми з однаковими проявами у різних людей. Виникає нова система уявлень про розлади, в основі якої лежать порушення роботи мозку та нервової системи [59].

Згодом категорія “меланхолії” розділилась на два основних типи за окремими проявами. Розлади першого типу визначалися глибокими душевними муками, безнадією, цілковитою безрадісністю, ступором, суїцидальними думками та/або діями. Їх вважали хронічними й такими, що дають рецидиви, а отже потребують спеціального нагляду в закритих закладах. Інший тип легших меланхолійних станів став основою для нової категорії “нервових розладів”. Причини нервових станів почали шукати в фізіології,

зокрема в ураженнях головного мозку. Вважалося, що депресивні симптоми є частиною синдрому “нервової хвороби”, “неврозу” або “неврастенії” та не є психотичними станами. Депресивний компонент таких станів розглядався спільно з тривожними та фізіологічними симптомами. Нервові розлади включали тривогу, втому, соматичні занепокоєння, нав’язливі ідеї та були сферою діяльності лікарів загальної практики, неврологів і курортних лікарів [59].

У другому виданні “Медико-філософського трактату про душевні хвороби” (1801) Ф. Пінель відносить меланхолію до категорії психічних захворювань, визначаючи її як психічний стан, де марення обмежене певним об’єктом або серією об’єктів. Емоційний стан або тема марення при цьому може бути як сумним, так і веселими або піднесеним.

Наприкінці XIX століття прояви меланхолічної депресії вивчав німецький психіатр Е. Крепелін. Його визначення меланхолії поєднує різні аспекти, що відзначала психіатрія того часу. Так, синдром меланхолії, на думку вченого, характеризується нечутливим розвитком тривожної депресії, до якої в дуже варіативних пропорціях приєднуються маячні ідеї. Найбільш розповсюдженими з них виявляються ідеї почуття провини. В іншому випадку у хворого домінують іпохондричні ідеї. Також може бути присутній страх бідності, голоду, ув’язнення, засудження тощо. Поступово занепокоєння зростає настільки, що хворі хочуть померти та часто вони дійсно вчиняють самогубство [39].

З часом погляди Е. Крепеліна на даний розлад змінювались. Спочатку він розглядав меланхолію як окремий розлад, але пізніше з’ясував, що вона може переходити в маніакальний епізод і, ймовірно, має спільну етіологію з маніакально-депресивним психозом. Насамкінець він об’єднав ці стани в одну категорію “маніакально-депресивного божевілля”. Вчений вважав, що хворобливі емоції відрізняються від здорових не лише інтенсивністю та наполегливістю, а й тим, що не зникають після зміни зовнішніх причин [59].

Засновник психоаналізу З. Фрейд описує меланхолію як “суб’єктивну

долю”, пропонуючи аналогію між меланхолією та роботою жалоби. У праці “Скорбота і меланхолія” (1915) З. Фрейд порівнює меланхолію з переживанням втрати через смерть близької людини, але за однієї важливої відмінності – ця втрата є несвідомою. Різниця між жалобою та меланхолією полягає в самозневажливому ставленні до себе, яке може доходити до маячних форм насильства, включаючи самогубство. Для З. Фрейда меланхолія виникає через відмову від об’єкта, але лібідо переноситься на Его, яке стає втраченим об’єктом. Меланхолія регресує до нарцисичної ідентифікації, зосереджуючись на самозвинуваченні. Психопаналітики З. Фрейд, К. Абрахам, М. Кляйн визначають депресію як результат психічного конфлікту (Едіпового або нарцисичного), а не як хворобу, яку потрібно просто лікувати [39].

Термін “депресія” утвердився в медичній науці в другій половині XIX століття, коли почали систематично досліджувати цей психічний розлад [15].

До 1950-х років афективні розлади, що характеризуються важкими порушеннями настрою, що відповідають депресії, в DSM-S (1952) і DSM-II (1968) розглядались переважно в контексті психотичних розладів, зокрема маніакально-депресивного психозу. У осіб, які отримували цей діагноз, виявлялися ознаки грубого невірної тлумачення дійсності, що іноді включає марення та галюцинації. Невротична депресія розглядалась як захисний механізм проти тривоги та була включена до ширшої категорії тривожних станів [59].

До 1980 року не існувало єдиної думки про природу непсихотичних форм депресії. Дослідники обговорювали симптоми, важливі для визначення даного розладу, методи класифікації їх на основі симптомів, етіології або ефективності лікування. Це призвело до появи численних діагностичних систем, які часто конкурували між собою. У 1980 році Американською психіатричною асоціацією нарешті був затверджений остаточний перелік симптомів депресії в DSM-III, який використовується до сьогодні.

Так, DSM-III об’єднав різні форми депресії в єдину категорію, значно змінивши попередні класифікації. Меланхолійна депресія, яка раніше

вважалась окремим станом, стала підтипом в рамках діагнозу великого депресивного розладу. Дані критерії визначення депресії були збережені й в наступних версіях – DSM-IV, DSM-IV-TR, DSM-5 [59].

На сьогодні в Україні депресивні стани, що вимагають специфічного терапевтичного втручання, класифікуються відповідно до діагностичних критеріїв визнаних діагностичних систем, таких як МКХ-10 та DSM-5 [19].

У 2019 році на сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я була прийнята Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я, 11-те видання (МКХ-11), перехід на яку ВООЗ рекомендований з 1 січня 2022 року, а перехідний період продовжено до 2027 року [91].

1.1.2. Визначення та типологія депресивних розладів.

За даними ВООЗ депресивний розлад або депресія, є поширеним станом психічного здоров'я, який характеризується поганим настроєм або втратою задоволення чи інтересу до діяльності протягом тривалого часу. Інші симптоми включають втрату енергії; зміну апетиту; збільшення або зменшення тривалості сну; тривогу; зниження концентрації уваги; нерішучість; занепокоєння; почуття нікчемності, провини або безнадії; думки про самопошкодження або навіть самогубство.

Цей стан відрізняється від регулярних змін настрою та почуттів у повсякденному житті. Депресивні епізоди тривають більшу частину дня, майже кожен день, не менше двох тижнів. У людей з депресією може спостерігатися зниження самооцінки, думки про смерть та безнадія щодо майбутнього, втома або погана концентрація уваги.

Депресія виникає в результаті складної взаємодії ряду факторів, а саме: соціальних (сімейні відносини, досвід пережитого насильства, катастрофи), психологічних (стрес, дитячі травми, когнітивні викривлення, низька самооцінка) та біологічних (генетичні фактори, хронічні або невиліковні

хвороби). Погіршити депресивний стан може вживання психоактивних речовин [89].

За МКХ-10 депресивні розділи належать до Розділу V “Психічні та поведінкові розлади” (F00-F99) блоку “Розлади настрою” (F30-F39).

Блок “Розлади настрою або афективні розлади” включає порушення, основними симптомами яких є зміни афекту або настрою, що призводять до депресії (з тривогою або без неї) чи піднесеного настрою. Зміни настрою зазвичай супроводжуються зміною загального рівня активності. Більшість інших симптомів є вторинними та розглядаються в контексті наявних змін настрою та активності. Дані розлади в більшості дають рецидиви, а окремі епізоди можуть бути пов’язані зі стресовими подіями чи ситуаціями [90].

Серед розладів настрою виділяють такі депресивні порушення:

F32. Депресивний епізод

За наявності типових легких, помірних або важких депресивних епізодів пацієнт страждає від зниження настрою, занепаду сил, зменшення активності. Втрачається здатність отримувати задоволення, послаблюється інтерес та концентрація уваги, виникає втома навіть після незначних зусиль. Зазвичай спостерігається порушення сну, втрата апетиту, зниження самооцінки та впевненості в собі. Навіть за легких форм присутніми є ідеї нікчемності та почуття провини.

Пригнічений настрій спостерігається протягом всього епізоду та залишається незмінним. Можуть виникати так звані “соматичні симптоми”, такі як втрата інтересу та приємних відчуттів, пробудження зранку за кілька годин до звичного часу, зниження настрою, що посилюється вранці, виражена психомоторна загальмованість або, навпаки, збудження, втрата апетиту, ваги та зниження лібідо. Враховуючи кількість і тяжкість симптомів, депресивний епізод може бути легким, помірним або важким, а також в ряді випадків супроводжуватися психотичною симптоматикою: F32.0 Легкий депресивний епізод; F32.1 Помірний депресивний епізод; F32.2 Тяжкий депресивний епізод без психотичних симптомів; F32.3 Тяжкий депресивний епізод з психотичними

симптомами; F32.8 Інші депресивні епізоди; F32.9 Депресивний епізод, неуточнений [90].

Під час легких депресивних станів частіше присутні два-три вищезазначені симптоми, які завдають страждань пацієнту, проте він не втрачає здатності виконувати основні види своєї діяльності. За депресивних станів середнього ступеня важкості присутні чотири та більше означених симптомів, а пацієнт зазнає великих труднощів в повсякденному функціонуванні. За наявності депресивних станів важкого ступеня без психотичних симптомів спостерігаються яскраво виражені депресивні та тривожні ознаки, такі як зниження самооцінки та відчуття нікчемності або провини. Характерними є суїцидальні думки та спроби, зазвичай має місце низка псевдосоматичних симптомів.

Поодинокі епізоди депресії включають: депресивну реакцію, психогенну депресію та реактивну депресію [90].

F33. Рекурентний депресивний розлад

Захворювання, яке характеризується повторюваними епізодами депресії та не містить самостійних епізодів підвищеного настрою та підвищеної енергії (манії). Можуть бути присутні короткі епізоди легкого підвищення настрою та надмірної активності (гіпоманії) одразу після депресивного епізоду, які іноді провокуються антидепресантами. Існує кілька категорій рекурентних депресивних розладів, зокрема: F33. Рекурентний депресивний розлад з легким перебігом, F33.1 Рекурентний депресивний розлад з помірною формою, F33.2 Рекурентний депресивний розлад з тяжким перебігом без психозу, F33.3 Рекурентний депресивний розлад з тяжким перебігом із психотичними проявами, F33.4 Рекурентний депресивний розлад в періоді ремісії, F33.8 Інші форми рекурентних депресивних розладів та F33.9 Рекурентний депресивний розлад, не класифікований.

Рекурентні депресивні розлади з тяжким перебігом (F33.2 і F33.3) мають багато спільного з біполярним розладом, тяжкою депресією та ендегенною депресією. Перший епізод може виникнути в будь-якому віці, може мати

гострий або поступовий початок, тривати від декількох тижнів до багатьох місяців. У випадку виникнення в даного пацієнта навіть єдиного епізоду манії, навіть після багатьох пережитих депресивних епізодів, діагноз змінюється на біполярний афективний розлад [90].

F34.1 Дистимія

Це стійкий депресивний розлад настрою, який триває як мінімум кілька років, проте його симптоми недостатньо виражені та тривалі для встановлення діагнозу важкого, помірного або легкого рекурентного депресивного розладу. До таких депресивних станів належать: депресивний невроз, депресивний розлад особистості, невротична депресія, а також стійка тривожна депресія [90].

До категорії F34.8 *Інші стійкі (афективні) розлади* включено хронічні розлади, що не відповідають критеріям депресивного епізоду або дистимії [90].

Депресивні симптоми поділяються на типові (основні) й додаткові. Для діагностування депресії за МКБ-10 у хворого повинні бути присутні два основні симптоми та не менше трьох додаткових. До типових (основних) симптомів депресії належать: пригнічений настрій упродовж тривалого часу (понад два тижні), що не залежить від обставин; ангедонія; виражена стомлюваність, “занепад сил”, які характеризуються стабільністю даного стану (наприклад, упродовж місяця) [15].

Додатковими симптомами виступають: песимізм; почуття провини, неповноцінності, марності, тривоги й (або) страху; зниження самооцінки і впевненості у собі; труднощі концентрації уваги; думки про смерть та (або) спроби суїциду; нестійкий апетит, значне зменшення або збільшення ваги; порушений сон, наявність безсоння або пересипання; ажитація або загальмованість [19, 15].

На відміну від МКБ-10, афективні епізоди в МКБ-11 не є станами, що діагностуються окремо, скоріше їх характер з часом використовується як основа для визначення того, який розлад настрою найкраще підходить до

клінічної картини [79].

Розлади настрою в МКБ-11 включають такі депресивні розлади, як одиничний епізод депресивного розладу (6A70), рекурентний депресивний розлад (6A71), дистимічний розлад (6A72), інші уточнені депресивні розлади (6A7Y), передменструальний дисфорічний розлад (GA34.41). Також, до депресивних розладів додано змішаний депресивний та тривожний розлад (6A73), хоча він має спільні риси з розладами, пов'язаними з тривогою або страхом [79, 92].

Нова класифікація хвороб передбачає, що депресивні епізоди можуть бути описані за допомогою додаткових критеріїв, які вказують на наявність конкретних симптомів: депресивних ознак, тривожних симптомів, панічних атак і сезонного характеру. Крім того, епізоди депресії можуть бути визначені за ступенем тяжкості (легкий, помірний або важкий) та статусом ремісії (часткова чи повна). Для помірних і важких депресивних епізодів враховується наявність психотичної симптоматики [53].

Також, в МКБ-11 виділено в окрему категорію розлад тривалого горя, який описує аномально стійкі та інвалідизуючі реакції на втрату близької людини. Диференціація розладу тривалого горя від культурно нормативної втрати та депресивного епізоду є важливою через різні наслідки та прогнози вибору лікування даних розладів [79].

До підгрупи депресивних розладів у МКБ-11 включено також передменструальний дисфорічний розлад, який характеризується значною виразністю таких симптомів, як: пригнічений настрій, дратівливість, млявість, біль у суглобах, переїдання, труднощі з концентрацією уваги, забудькуватість.

Діагностичні критерії великого депресивного розладу згідно з DSM-5:

1. Пригнічений настрій.
2. Зменшення інтересу до майже всіх видів діяльності та/або втрата або зниження відчуття задоволення від них (ангедонія).
3. Посилення/ослаблення апетиту чи значне зменшення (не пов'язане з дієтою) або збільшення маси тіла (упродовж 1 міс).

4. Безсоння/надмірна сонливість.
5. Психомоторне збудження/загальмованість.
6. Відчуття втоми чи втрати енергії.
7. Почуття власної нікчемності чи безпідставне відчуття провини.
8. Погіршення ясності мислення, проблеми з концентрацією уваги та прийняттям рішень.
9. Повторювані думки про смерть, суїцидальні думки без окресленого плану та спроби самогубства [26].

1.1.3. Етіологічні фактори депресії.

Залежно від рівня прояву та причин виникнення депресивні стани відносять до різних груп. Згідно з сучасними науковими поглядами, депресії поділяються на психогенні, ендогенні та соматогенні. Причиною виникнення психогенних депресивних розладів вважають психологічні або стресові ситуації. Ендогенні депресивні стани можуть проявлятися при шизофренії, біполярному розладі або інволюційній депресії. Виникнення соматогенних депресивних розладів пов'язують з наявністю різних соматичних захворювань.

Вважається, що одною з головних причин виникнення психічних розладів, в тому числі депресії є дисфункціональні порушення в роботі нейротрансмітерних систем [3].

Дослідження свідчать, що безліч біологічних, психологічних і соціальних факторів можуть сприяти розвитку депресії. Тому для глибшого її розуміння пропонуємо детальніше розглянути кожен категорію чинників окремо [80].

Так, *біологічні фактори* відіграють ключову роль у розвитку депресивних розладів. Вони можуть впливати на перебіг захворювання через складний комплекс механізмів і взаємозв'язків. До біологічних чинників належать стан фізичного здоров'я, генетика, мікробіом, запальні фактори, стрес, дисфункція НРА та кінуреніновий шлях.

Стан фізичного здоров'я, а саме наявність фізичних захворювань та патологій, може суттєво збільшити ризик виникнення депресії. Доведений зв'язок між депресією та обструкцією вихідного отвору сечового міхура, церебральною атрофією, катарактою, інсультом, епілепсією, збільшенням індексу маси тіла та ожирінням, діабетом, інфекціями сечовивідних шляхів, онкозахворюваннями, запальними захворюваннями кишківника, глаукомою, акне, накопиченням сечовини, захворюваннями судин головного мозку, черепно-мозковою травмою та розсіяним склерозом [80].

Ряд досліджень генетичних факторів депресії виявили кілька ключових аспектів, зокрема важливу роль нейротрофічного фактору головного мозку (BDNF) в її виникненні, зв'язок із генами комплексу гістосумісності, а також з однонуклеотидними поліморфізмами генів, що беруть участь у катаболізмі триптофану. Поліморфізм гена BDNF, зокрема алель rs6265 (A), пов'язують з великим депресивним розладом [24], як і генетичні фактори, пов'язані з ендоканабіноїдними рецепторами та іншими тканинно-специфічними генами, що виявили зв'язки з депресією. Результати таких досліджень є переконливими, проте потребують використання більших вибірок.

Аналіз мікробіому виявив, що кишківникові бактерії взаємодіють з мозком через вісь кишківник-мікробіом-мозок, що сприяє підтримці гомеостазу. Дисбаланс мікробіому, порушення метаболізму в печінці та запалення мозку можуть бути пов'язані з виникненням депресивних розладів. Водночас на різноманітність мікробіому впливають стрес і депресія.

Запальний процес в організмі також має важливе значення у розвитку депресії, зокрема збільшення прозапальних цитокінів, таких як фактор некрозу пухлини (ФНП), може бути пов'язане з депресивними розладами.

Іншим фактором, що може викликати системне запалення, а отже розвиток депресії є стрес. Сильний та тривалий стрес негативно впливає на мозок. Хронічний стрес погіршує нейропластичність та підвищує ризик виникнення великого депресивного розладу [80].

Депресивні розлади та пов'язані з ними зміни в мозку часто асоціюють

з гіперактивністю або порушенням регуляції вісі НРА, що може бути наслідком хронічного стресу. Складний взаємозв'язок між віссю НРА, глюкокортикоїдними рецепторами, епігенетичними механізмами та порушеннями психіки підтримується моделлю діатез-стрес. Згідно з цією моделлю, ранній стрес може призводити до гіперактивації вісі НРА, що обумовлює дезадаптивні реакції на стресові фактори. Під час гострого стресу ця схильність може викликати депресію. Гіперактивацію вісі НРА також пов'язують з ранньою депривацією та порушенням прихильності, що вказує на складну мережу причинно-наслідкових зв'язків між різними факторами [80].

Кінуреніновий метаболічний шлях перетворення триптофану пов'язаний з депресією через утворення нейротоксичних метаболітів. Активність цього шляху може спричинити як загальний депресивний настрій, так і післяпологову депресію [80].

Дослідники та клініцисти довели, що когнітивні функції відіграють значну роль у виникненні та підтримці депресивних розладів. Так, розробник когнітивної терапії А. Бек [36] був переконаний, що упереджене сприйняття та обробка інформації впливають на етіологію та перебіг депресивних епізодів. Внутрішні психічні репрезентації або схеми обумовлюють те, як люди з депресією сприймають себе та навколишній світ. Депресивні пацієнти використовують схеми, сповнені темами втрати, невдачі, нікчемності та відторгнення, що призводить до негативного сприйняття себе, світу, майбутнього (когнітивна тріада), а також формуванню негативних упереджень при обробці інформації. Все це сприяє виникненню афективних порушень. Негативні схеми можуть залишатися латентними навіть після депресивного епізоду та знову активізуватися при негативних подіях, пояснюючи рецидиви.

Дослідження Г. Бауера (1981) доповнили теорію Бека, та довели, що на пізнання впливають асоціативні мережі, які активуються зовнішніми стимулами й зберігаються навіть після епізодів депресії [38]. Дослідники в галузі психології Р. Інгрем [60] і Д. Тіздейл [83] підтвердили, що депресія підтримується упередженою обробкою емоційної інформації, що призводить

до стійких когнітивних упереджень [65].

Дослідження когнітивних функцій та мозку доводять, що низькі когнітивні здібності/функції, когнітивна вразливість, когнітивні порушення або дефіцит, суб'єктивне зниження когнітивних функцій, регрес дендритного розгалуження та атрофія/загибель клітин гіпокампу, порушення нейропластичності та механізмів нейрогенезу пов'язані з депресивними розладами. Припускають, що когнітивний резерв діє як стримувальний фактор у розвитку депресії, а когнітивний дефіцит може бути як причиною, так і наслідком депресії.

Вагомий вплив на виникнення депресивних розладів мають *психологічні чинники*. До них належать: особиста компетентність, низький рівень оптимізму, самооцінка, сором, негативна Я-концепція, існуючі або минулі психічні розлади, нейротизм, румінація, конфлікти, негативне мислення, здатність до самоусвідомлення, емоційний інтелект, здатність до рефлексії, дисфункціональні установки, чутливість до неприйняття, когнітивне злиття, дезадаптивні копінг-стратегії (зокрема, уникання), порушення образу тіла, дезадаптивний перфекціонізм, упередженість інтерпретації та стиль прихильності. Вчені продовжують досліджувати механізми дії даних факторів на виникнення депресивних розладів [80].

Депресивні риси характеру можуть проявлятися ще в дитинстві. Деякі діти від народження більш схильні до меланхолійності, підвищеної чутливості та задумливості порівняно з іншими. Навіть зростаючи в сприятливих умовах, вони все одно залишаються схильними до депресивного мислення. Крім того, такі діти частіше за своїх менш чутливих ровесників, стикаються з негативним досвідом, таким як неприйняття, насильство, приниження та сором, що значно підвищує ризик розвитку депресивних розладів у майбутньому.

Одним із найбільш значущих факторів ризику розвитку депресії в майбутньому є рання втрата дитиною одного з батьків, насамперед улюбленої матері, або розлучення батьків [98].

Одним з основних психологічних механізмів, що пов'язують з

депресією, є спосіб долати труднощі. Наприклад, схильність до негативних фантазій, когнітивні упередження або особистісні риси можуть призвести до емоційного реагування, надмірних роздумів, що в свою чергу підвищує ризик розвитку депресії [80].

Сучасні дослідники Д. Гросс та Х. Форд [48, 49] доводять, що на психічне здоров'я та емоційний стан людини впливають переконання про природу та роль емоцій, зокрема щодо їх корисності та підконтрольності. Встановлено, що емоційні установки можуть бути факторами, які підтримують депресивні та тривожні розлади. Вчені висунули теорію, згідно з якою переконання про контрольованість емоцій впливають на те, чи намагаються люди змінювати свою емоційну реакцію в конкретних ситуаціях. У свою чергу переконання про корисність емоцій визначають, як люди керують власними емоціями – збільшують чи зменшують емоційну реакцію, залежно від того, що вони хочуть відчувати або, навпаки, не відчувати. Таким чином, переконання є важливими детермінантами гострих емоційних реакцій, які з часом накопичуються та обумовлюють тривалі зміни в емоційному стані [62].

Існує також багато *соціальних факторів*, що впливають на психічне здоров'я людини, зокрема виникнення депресивних розладів. Це середовище, у якому люди з'являються на світ, живуть, навчаються та здійснюють трудову діяльність. До них належать: соціально-демографічні фактори (вік, стать, сімейний статус, раса, соціальний або соціально-економічний статус, освіта, зайнятість), умови життя та праці, соціальна підтримка, фінансові труднощі, недостатній рівень безпеки, конфлікти в дитинстві та булінг, насилля, жорстоке поводження, зловживання та дискримінація, етнічна приналежність та статус мігранта, несприятливі або значні життєві події, професійний стрес та техногенне середовище. Дослідження доводять, що люди з низьким рівнем освіти та доходу мають вищий ризик розвитку депресії. Жінки вдвічі частіше страждають на депресію, ніж чоловіки, що пов'язано з когнітивними упередженнями, стійкістю та вразливістю. Такі несприятливі фактори, як низький рівень освіти та доходу можуть сприяти ризикованій поведінці та

зловживанню психоактивними речовинами, що також збільшує ризик розвитку депресивних розладів.

На розвиток депресивних розладів може впливати *фактор життєвої перспективи*. Ранні травми та стреси негативно позначаються на психічному здоров'ї протягом життя, так само як і ризик втрати соціальних зв'язків у старшому віці [80].

1.1.4. Клінічні прояви депресивних розладів.

Аналіз літератури показав, що характеризуючи симптоматику депресивних розладів фахівці передусім зосереджують увагу на емоційних, когнітивних, поведінкових і фізіологічних її проявах. Симптоми депресії можуть бути складними та не схожими у різних людей [15].

До *емоційних проявів депресії* належать: сум, туга, страждання, пригнічений настрій, відчай, відчуття безнадії та безпомічності; тривожність, відчуття внутрішнього напруження, очікування неприємностей, біди; підвищена дратівливість та нетерпимість до інших; емоційна нестабільність, плаксивість; відчуття страху, провини та часті самозвинувачення; стан порожнечі та цілковита апатія; втрата здатності насолоджуватися раніше приємними заняттями; відсутність мотивації та втрата інтересу до оточуючого світу; тривога щодо власного здоров'я та життя [15, 3].

Також, спостерігаються негативні зміни в ставленні людини до самої себе: з'являється надмірна самокритичність, знижуються самооцінка, виникає комплекс неповноцінності, відчуття власної нікчемності або навіть повного життєвого фіаско [15].

Встановлено, що близько 75–80 % пацієнтів з депресією мають клінічно виражені тривожні розлади, в 96 % таких хворих виявляється один або більше симптомів тривоги [6].

Депресивні переживання є одними з основних чинників, які супроводжують хронічний біль. Дослідження специфіки та динаміки

переживань, пов'язаних з хронічним болем у пацієнтів з депресією, виявило, що найчастіше вони відчувають тривогу, страх і гнів, а також пригнічений настрій, відчай, втому, зниження активності та порушення уваги. Також поширені почуття самотності, ізоляції, песимістичне бачення майбутнього, фізичний дискомфорт, відчуття провини та суїцидальні думки. Крім того, у пацієнтів відзначається відсутність змін у відчуттях під час болю. Пацієнти схильні переживати через припинення або обмеження повсякденної діяльності, зникнення соціальних контактів і стан ізоляції, а також через залежність і необхідність контролювати біль [84].

На сьогодні добре відомо, що досить часто відбувається поєднання когнітивних і депресивних розладів. Майже половина всіх клінічних випадків депресії супроводжується *когнітивними розладами*. У випадку депресії найбільше страждають короткострокова пам'ять, орієнтація, здатність до навчання [5]. У хворих знижується концентрацією уваги, погіршується пам'ять; виникають труднощі прийняття рішення; з'являються думки про відсутність сенсу життя; спостерігається уповільненість мислення, довготривалі роздуми; невпевненість у собі; нав'язливе негативне мислення про себе, своє життя та світ в цілому, песимістичне бачення майбутнього, втрачається здатність насолоджуватись життям; виникають думки про власну непотрібність, незначущість, безпомічність; суїцидальні думки або думки про самопошкодження у випадках тяжкої депресії [65, 71, 3].

Дослідження останніх десятиліть переконують, що депресія часто пов'язана з негативними упередженнями щодо сприйняття себе та навколишнього світу, інтерпретації подій, зниженням уваги та пам'яті. Люди з депресією частіше використовують неефективні стратегії регуляції емоцій, такі як румінація (постійне обдумування негативного досвіду без конструктивного вирішення) та значно менше користуються ефективними стратегіями (наприклад, переосмислення). Їм складно контролювати негативні думки, які надовго залишаються в пам'яті, що лише погіршує настрій. Всі ці

проблеми створюють замкнене коло, де негативні упередження та неефективні стратегії регуляції емоцій підсилюють симптоми депресії [65].

Фізіологічні симптоми депресії включають: дисфункціональні порушення сну; постійну втомлюваність, в'ялість, відчуття нестачі енергії; зниження апетиту та втрату ваги (іноді збільшення ваги); внутрішнє напруження та хвилювання; чутливість до зміни погодних умов; розлади систем, які виявляються на вегетативному рівні; зниження потенції та лібідо; болі та різні відчуття в тілі; зміни у зовнішності [3, 13, 71].

Також можуть з'являтися відчуття безсилля, швидке виснаження та неможливість відновлення енергії, головний біль, запаморочення, сухість у роті, відчуття здавленості в ділянці грудної клітини та серця, утруднення при ковтанні, відчуття клубка в горлі, прискорене серцебиття, напади пітливості, дискомфорт у шлунку, здуття, запори, хронічні діареї, часті позиви до сечовипускання, біль у нижній частині живота, хронічні болі, подібні до ревматичних [98].

Порушення сну при депресіях - одна з найбільш типових діагностичних ознак даної патології, що спостерігається у 80-90 % депресивних пацієнтів. Основні скарги при цьому обумовлені труднощами із засинанням, частими пробудженнями, тривожним сном, відсутністю відчуття відпочинку після сну тощо [6].

Перші скарги при соматизованій депресії часто проявляються через симптоми, пов'язані з роботою серця, нервової або травної систем. Такими симптомами можуть бути підвищення артеріального тиску, відчуття "завмирання серця" чи "внутрішнього хвилювання", відсутність апетиту, закрепи, порушення сну та слабкість з періодичним невмотивованим запамороченням. Деякі пацієнти скаржаться на проблеми з дихальною системою. Вони можуть проявлятися у відчутті неможливості зробити повний вдих чи неповноцінності дихання, задишку.

Соматичні симптоми, зокрема соматичне занепокоєння та втома, були виявлені у 80% вибірки з 260 жінок і 239 чоловіків, які страждають на великий депресивний розлад.

Соматичні симптоми негативно впливають на діагностику, лікування та прогноз депресії. Вони приховують інформацію про психологічні прояви, що ускладнює виявлення та підтвердження діагнозу. Також вони збільшують тривалість депресивних епізодів, а отже призводять до посилення тяжкості розладу. Разом з тим, соматичні симптоми часто залишаються навіть після належного лікування депресії, що знижує рівень ремісії та збільшує частоту рецидивів депресії [9].

Характеризуючи *особливості поведінки* людей, які перебувають у депресивному стані, науковці зазначають такі її прояви, як: пасивність, нехтування своїми захопленнями та інтересами; складність цілеспрямованої діяльності; уникання соціальних контактів і соціальної активності або надмірна соціальна активність в реальному житті або в соціальних мережах; труднощі в комунікації з людьми, труднощі в функціонуванні в колективі; відмова від розваг; сповільнення мовлення та моторики, зниження загального рівня активності, безсилля; постійне приховування очей, уникання зорового контакту; непосидючість; постійно сумний, слізливий або відсутній вираз обличчя; труднощі виконання функціональних обов'язків як вдома, так і на роботі; зловживання психоактивними речовинами або ліками, що дають тимчасове полегшення [3,13, 26, 71].

Зазначається, що особливості депресивної поведінки залежать від типу депресії та глибини її вираженості. Так, для ряду депресивних станів притаманна надмірна рухова активність: хворий не знаходить собі місця, поривається кудись іти, його рухи розгальмовані, різкі, іноді погано координуються; внутрішній неспокій та тривожність викликають сльози, скарги, самозвинувачення. В іншому випадку спостерігаються рухова загальмованість, апатія, відчуття фізичного знесилення, у складних випадках можливий ступор. У клінічній картині “маскованих” депресивних станів на

перший план виступає сомато-вегетативна симптоматика, а поведінкові зміни можуть бути взагалі відсутні.

У разі наявності легких депресивних станів поведінка людини може залишатися без змін. Вона намагається дотримуватися звичного способу життя, виконувати свої сімейні та професійні обов'язки, нічим не виявляти погіршення настрою. З поглибленням депресивного стану поведінкові прояви стають відчутнішими: значно знижується соціальна та рухова активність або ж, навпаки, з'являються ажитація, агресивність, дратівливість.

У літературі описаний зовнішній вигляд людини, що страждає на депресію: міміка обличчя та вираз очей сумні, похмурі, іноді тужливі; голос тихий, монотонний; мовлення сповільнене, одноманітне. Брови зведені, складки на лобі від постійного скорочення м'язів нагадують грецьку літеру “омега“, губи сухі, щільно стиснуті, кути рота опущені, відчуття сухості в роті. Хворі сидять згорблені, з похиленою головою, притиснутими до тулуба руками, зведеними колінами. Однією з ознак важкої депресії є складка Вера-Гута — зморшка на верхній повіці, яка надає обличчю виразу скорботи [13].

Інший приклад описує депресивних пацієнтів із соматичними скаргами, що часто зустрічаються на прийомі в лікаря-невролога: молоді або середнього віку жінки, які працюють в умовах підвищеного психоемоційного навантаження, мають невирішені проблеми сімейного, соціального та професійного характеру (зокрема, демонструють ознаки професійного “вигорання”). Досить часто такі хворі скаржаться не на порушення настрою (відчуття туги, смутку тощо), а пред'являють множинні скарги соматичного та/або соматоневрологічного характеру, такі як: загальна слабкість, втомлюваність, головні болі стискаючого та розпираючого характеру, запаморочення несистемного характеру, порушення сну, болі в різних частинах тіла (зокрема, в ділянці серця), погіршення концентрації уваги, погіршення апетиту, підвищену пітливість, суглобовий та м'язовий біль. Часто пацієнти не усвідомлюють причини свого стану та впевнені в наявності важкого соматичного захворювання (серцево-судинного, шлунково-кишкового тощо)

або органічного захворювання нервової системи (наприклад, пухлини головного мозку), наполягають на проведенні додаткових дороговартісних обстежень (комп'ютерної томографії, магнітно-резонансної томографії, ангіографії) для виявлення таких захворювань [21].

За спостереженням В. Пітулей під час розмови з людиною, яка перебуває у стані депресії можна помітити, що їй важко вербалізувати власні переживання, вона надто активно заперечує емоційні проблеми, її соматичні прояви прив'язуються до емоційного стану, вона песиміст по життю. Попри ефективне лікування зі сторони пацієнта ставляться питання додаткового обстеження. Можна спостерігати, що пацієнт періодично важко зітхає, не плаче, але має сумний та спустошений вираз обличчя, уникає розмови про майбутнє або “не бачить” його. Скаржиться на незрозумілі неприємні відчуття, які важко описати та упредметнити, дає односкладні відповіді на запитання. В очі не дивиться. Домашні проблеми озвучує як катастрофу та безвихідь. Не жартує та не відповідає на жарти. Виникають ідеї провини та гріха, які пов'язуються з проблемами зі здоров'ям. Часто замислюється про складнощі та доцільність життя, про смерть. Песимізм та нігілізм виступає рисою характеру. Робота потребує великих зусиль від хворого. Часто лікується у різних лікарів, але без особливого ефекту, має якийсь хронічний больовий розлад. Іноді просить про допомогу, але тяжко та незрозуміло формулює, що саме він хоче. Шукає любові та підтримки більше, ніж інші [26].

Прояви депресивних розладів у дітей суттєво відрізняється від проявів у дорослих. Так, у дітей віком 0–3 роки депресивні стани характеризуються порушенням харчової поведінки, проблемами зі сном (сонливість), ангедонією, підвищеною дратівливістю, безпідставним сумом, який проявляється мімічно або жестами, зниженням рівня активності, незацікавленістю улюбленими іграми, проявами агресії під час ігор. Для дітей віком 3–6 років характерні: дисфункціональні порушення сну, скарги на біль соматичної природи (біль у животі або головний біль), сум, схильності до інтроверсії, агресивності, обмеженість ігрової поведінки, відчуття провини,

виснаженість, когнітивні обмеження, енурез/енкопрез. У віці 6-12 років депресивний стан проявляється страхами, вербалізованим сумом, появою проблем у школі, соціальною втечею, появою суїцидальних думок. У 12-19 років депресивний стан може проявлятися в формі саморуйнівної поведінки; втрати інтересу до оточуючого світу, апатії та соціальної втечі; зниження самооцінки; падіння загального рівня працездатності; появі суїцидальних думок нав'язливого характеру; схильності до злочинної поведінки, вживання психоактивних речовин; безсоння, постійних змін настрою, нав'язливого стану втоми та нестача відпочинку.

Зазвичай прояви депресивного стану в осіб старше 60 років пов'язані із загальним погіршенням стану здоров'я та розвитком супутніх захворювань (хвороб серця, гіпертонії, діабету) або проявами хронічного болю. Ще одним чинником, який спричиняє розвиток депресивних станів, є пережиті хворим складні життєві події, а також втрата власних можливостей через фізіологічні зміни, які відбуваються з тілом людини із віком [3].

1.2. Огляд методів діагностики депресивних розладів.

Патопсихологічна діагностика спрямована на вивчення особистості у всьому різноманітті її індивідуальних психічних проявів з метою визначення змін окремих психічних функцій та виявлення патопсихологічних синдромів [12].

Завданням патопсихологічної діагностики є оцінка структури та ступеня психічних розладів пацієнта; отримання додаткової інформації для уточнення нозологічного діагнозу у випадках атипової, стертої картини захворювання; дослідження особистості, соціального середовища та соціальних позицій хворого включаючи збір даних для функціонального діагнозу, а також оцінка динаміки психічних порушень та врахування ефективності терапії.

Патопсихологічна діагностика включає аналіз когнітивних, емоційних і поведінкових аспектів стану пацієнта. Оцінюється наявність певних

симптомів і синдромів, їх тривалість, інтенсивність та вплив на функціонування людини. Діагностика допомагає у встановленні клінічного діагнозу, відповідно до стандартів МКХ-10 або DSM-5.

Під час проведення патопсихологічної діагностики застосовуються такі методи як клінічна бесіда, спостереження за поведінкою пацієнта, експеримент, аналіз історії життя випробуваного (анамнезу), аналіз продуктів діяльності тощо [33].

Основними компонентами діагностичного процесу є:

Клінічна бесіда (інтерв'ю), що дає можливість отримати інформацію про індивідуальні психологічні особливості пацієнта, психологічні феномени, психологічні симптоми та синдроми, внутрішню картину хвороби та є способом психологічного впливу на установки пацієнта. Суттєвим є також виявлення прихованих мотивів поведінки людини, здійснення корекційної діяльності та психологічна підтримка. Клінічне інтерв'ю проводиться за принципами однозначності, точності, доступності формулювань-запитань; адекватності та послідовності; гнучкості та безпристрасності опитування; перевірки отримуваної інформації.

Метод спостереження спрямований на організоване сприйняття та реєстрацію психічних проявів пацієнта, що характеризують його емоційний стан і поведінкові патерни [33].

Поряд з симптомами погіршення психічного здоров'я слід також оцінювати додаткові чинники ризику, такі як: родинна історія, генетична схильність, незбалансований гормональний фон, індивідуальна стресостійкість, особливості характеру та травматичні події в минулому [26].

Патопсихологічний експеримент проводиться за допомогою стандартизованих методик обстеження (тести, анкети, опитувальники, проєктивні техніки та психофізіологічні процедури) з метою здійснення диференційної діагностики, визначення глибини психічного дефекту, вивчення ефективності терапії та дослідження особистості пацієнта [33].

Патопсихологічна діагностика депресивних розладів має на меті не лише

підтвердження діагнозу, але і комплексне розуміння індивідуальних особливостей пацієнта, що дозволяє забезпечити більш точне та ефективне лікування та психологічний супровід.

Для виявлення симптомів депресивних розладів сьогодні послуговуються різноманітними шкалами оцінювання депресії, зокрема:

Опитувальники стану здоров'я пацієнта серед груп ризику PHQ-2 та PHQ-9 [8]. При цьому PHQ-2 є інструментом первинного скринінгу депресії та запитує про частоту депресивного настрою й ангедонії за останні два тижні. Пацієнти з позитивним результатом скринінгу PHQ-2 за повинні бути додатково обстежені за допомогою PHQ-9, щоб визначити, чи відповідають вони критеріям депресивного розладу [87].

Шкала Гамільтона для оцінювання депресії (HDRS) - є одним із найпоширеніших інструментів, що використовується в клінічній практиці для діагностики афективних розладів. Шкала призначена для вимірювання тяжкості депресії в клінічних та експериментальних умовах, ефективності лікування та виявлення можливості рецидивів. Проте, через обмежену точність шкали у виявленні таких симптомів, як безсоння, втрата апетиту та зниження лібідо, нові дослідження пропонують моделі з вищою чутливістю та специфічністю. Це дозволяє точніше оцінювати соматичні прояви у психіатричних пацієнтів і забезпечує кращу діагностику та лікування [9, 23, 55, 76].

Шкала оцінки депресії Монтгомері-Асберг (MADRS) створена для оперативного та точного вимірювання тяжкості депресивного стану та його змін під час лікування. MADRS є аналогом HDRS, оскільки охоплює основні симптоми депресії, за винятком рухової загальмованості. Шкала містить менше пунктів, аніж HDRS та дає змогу точніше оцінити динаміку стану пацієнта [23].

Опитувальник депресії Бека (BDI), яка дає можливість визначити наявність депресії у людини та ступінь її вираженості. Ця шкала створена на основі клінічних спостережень, що дозволяють визначити обмежений набір

найбільш важливих та актуальних симптомів депресії [9].

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) використовується для скринінгової оцінки тривожних і депресивних розладів, зокрема в пацієнтів соматичного стаціонару. Шкала виділяється простотою застосування та опрацювання результатів і рекомендується для використання в загальномедичній практиці для первинного виявлення тривоги та депресії в пацієнтів [23].

Для первинного добору застосовуються *шкала Цунга (Zung Self-Rating Depression Scale)* для самооцінки депресії, за якою можна оцінити емоційні, психологічні та соматичні ознаки депресії (відчуття душевного спустошення, зміни настрою, соматичні та психомоторні симптоми депресії, суїцидальні думки та дратівливість-нерішучість). [23, 33].

Шкала депресії DEPS [77], що також належить до шкал самооцінки та призначена для експрес-діагностики депресивних станів у загальній медичній практиці [23].

Опитувальники з якості життя QLS-Q [56], *SF-36* [14] або *PSP* [69, 98] - використовується для загальної оцінки здоров'я та якості життя пацієнта, а також планування й оцінки втручань [8].

Шкала інвалідності Шихана (SDS), призначена для оцінки ступеня інвалідизації або функціональних обмежень, що викликані психічними розладами, зокрема депресією [66].

Тест Роршаха при депресивних розладах покаже характерно тривалий латентний час відповіді на запропоновані таблиці, знижену кількість відповідей на поліхромні таблиці [4, 17, 33]. Тест Роршаха може також допомогти в роботі з пацієнтами, які мають суїцидальні думки. Він дозволяє виявити приховані почуття, які людина може не визнавати або не усвідомлювати. Особливо корисний цей тест для тих, хто втратив близьку людину через суїцид (передусім батьків та дітей загиблого), оскільки такі пацієнти часто мають підвищений ризик суїциду [76].

Тематичний аперцептивний тест (ТАТ) [30, 31, 32, 35] у випадку

депресії буде містити короткі, стереотипні, переважно описові відповіді [33].

Міннесотський багатопрофільний особистісний опитувальник (MMPI-2) [42, 86] зарекомендував себе як надійний інструмент для виявлення ознак депресивних розладів, що діагностуються по шкалі симптомів депресії (шкала 2) з 57 пунктів. Дуже високі показники можуть свідчити про наявність депресивного розладу, тоді як помірні значення вказують на загальне невдоволення життям.

Швидкий опитувальник депресивної симптоматики (QIDS) [82] – для швидкої оцінки тяжкості депресивних симптомів та моніторингу ефективності лікування [8].

Для встановлення та проведення диференціальної діагностики використовують: Шкалу манії YMRS [2, 96]; Коротку психіатричну шкалу BPRS [58, 75]; Короткі шкали оцінки психічного статусу (MMSE, MMSE-2) [18, 51, 78] для пацієнтів старше 55 років та інші діагностичні методики [8].

Зупинимось більше детально на діагностичних інструментах, які безпосередньо використовуються у нашому дослідженні.

Опитувальник стану здоров'я пацієнта (*Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9))

Діагностика та визначення тяжкості депресії є важливим аспектом практики в первинній медичній допомозі. Для цього було розроблено безліч шкал та опитувальників, одним з яких є Опитувальник стану здоров'я пацієнта з дев'яти пунктів PHQ-9 [64]. Це інструмент самодіагностики, який може також застосовуватися клініцистами. Опитувальник поєднує в собі простоту використання з конструктивною та критеріальною валідністю [50].

Пацієнти повинні оцінити за чотирибальною шкалою від “зовсім ні” до “майже щодня” частоту, з якою вони відчували певні симптоми депресії за останні 2 тижні. Отримана сума балів буде визначати ступінь важкості депресії: від відсутності депресії до депресії легкого, помірного, помірно-важкого та важкого її ступня [50].

Валідність і надійність опитувальника PHQ-9 підтверджена в різних контекстах [43, 64, 85]. У дослідженні З.Ф. Негері, Б. Левіса, І. Сунь та інших (2021) оцінювалася точність шкали PHQ-9 для виявлення великої депресії, порівнюючи її з іншими діагностичними стандартами, такими як напівструктуровані інтерв'ю, повністю структуровані інтерв'ю та Мінімільне міжнародне нейропсихіатричне інтерв'ю (MINI). Результати показали, що при граничному значенні ≥ 10 PHQ-9 має об'єднану чутливість 0,85 та специфічність 0,85 у дослідженнях з напівструктурованими інтерв'ю. Чутливість PHQ-9 була на 7-24% вища у порівнянні з повністю структурованими інтерв'ю та на 2-14% вища, ніж при використанні MINI. Специфічність була вищою для чоловіків та осіб віком 60 років і старше. Ці результати можуть бути корисними для оцінки ефективності PHQ-9 у скринінгу депресії та виборі оптимальних граничних значень залежно від клінічних умов.

Для забезпечення точності результатів при використанні PHQ-9 важливо дотримуватися його дослівного застосування. Зокрема, пацієнт самостійно повинен заповнювати опитувальник. Якщо ж клініцист починає відхилятися від стандартних формулювань, він буде ненавмисно або ні впливати на відповіді пацієнта, що може змінити оцінку тяжкості депресії та вплине на результати діагностики й лікування [74].

Разом з тим, в дослідженні, проведеному в 2018-2022 роках серед 1064 осіб з позитивним ВІЛ-статусом в п'яти країнах Африканського континенту, порівнювалась ефективність Опитувальника стану здоров'я пацієнта (PHQ-9) для діагностики депресивних розладів у порівнянні з діагнозом психіатра. Результати показали, що PHQ-9 має дуже низьку ефективність як скринінговий інструмент для депресії через низькі чутливість та позитивну прогностичну цінність. Це означає, що він може пропустити багато випадків депресії серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Доведено, що опитувальник має високу негативну прогностичну цінність та добре виявляє відсутність депресії. Проте його не слід використовувати як єдиний інструмент для діагностики

даного розладу. Тому особи, у яких PHQ-9 показав відсутність депресії, але присутні інші ознаки чи підозри на депресію, можуть потребувати подальшого обстеження [95].

Причини великої варіабельності в показниках PHQ-9 серед людей, що живуть з ВІЛ, в Африці залишаються недостатньо вивченими. Важливу роль тут відіграє культура, оскільки в багатьох соціокультурних контекстах психічні розлади часто виражаються через соматичні скарги, а не через психологічні або когнітивні симптоми, що є характерними для західного розуміння депресії. Такі ж занепокоєння викликає оцінювання депресії у людей з супутніми захворюваннями, такими як ВІЛ, оскільки симптоми можуть бути викликані не лише депресією, але й ВІЛ, побічними ефектами антиретровірусної терапії або опортуністичними інфекціями. Тому, якщо PHQ-9 (або його коротша версія PHQ-2) буде використовуватися для діагностики депресії та ініціації лікування в контексті ВІЛ, важливо оцінити його ефективність порівняно з діагнозом психіатра в цій популяції [95].

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) є інструментом, який широко використовується для оцінки рівня тривоги та депресії у пацієнтів. Ця шкала складається з двох субшкал: HADS-A для оцінки тривоги та HADS-D для оцінки депресії. Більшість факторних аналізів підтвердили двофакторну структуру HADS, що відповідає її субшкалам. Кореляції між субшкалами варіюють від 0,40 до 0,74, а середнє значення становить 0,56. Внутрішня узгодженість для HADS-A становить $\alpha = 0,83$, а для HADS-D — $\alpha = 0,82$. Оптимальний баланс чутливості та специфічності для визначення випадків тривоги та депресії досягається при значенні 8 або вище. Чутливість та специфічність обох субшкал становлять приблизно 0,80, що свідчить про їх високу ефективність. HADS демонструє хорошу узгодженість з іншими часто використовуваними опитувальниками, зокрема, Опитувальником стану здоров'я пацієнта (PHQ-9), з кореляціями в діапазоні від 0,49 до 0,83. Загалом, HADS є ефективним інструментом для оцінки симптомів тривожних розладів та депресії у різних пацієнтів [37].

Іншим, визнаним у світі інструментом для оцінки симптомів депресії у клінічній практиці є: *Опитувальник депресії Бека (BDI-I)*.

Шкала була вперше представлена у 1961 році (Beck et al., 1961), пізніше переглядалась та оновлювалась до версії BDI-IA у 1978 році та версії BDI-II в 1996 році. Найновіша версія опитувальника депресії Бека (BDI-II) була адаптована відповідно до діагностичних критеріїв DSM-IV. На сьогодні саме BDI-II широко використовується в міжнародній практиці для визначення депресивних розладів. В Україні на даний час використовують першу (вільну) версію BDI-I, розробка адаптованої української версії BDI-II не здійснювалась.

Опитувальник депресії Бека (BDI-II) широко валідизовано в різних країнах на різних вибірках. Багато досліджень підтверджують його високу внутрішню узгодженість (близько $\alpha = 0,9$) та ретестову надійність (від 0,73 до 0,96), а також високий рівень специфічності та чутливості до ознак депресії. У порівнянні з попередньою версією BDI-I, результати BDI-II показують статистично значущу відповідність, що свідчить про те, що використання старішої версії не призводить до суттєвого погіршення точності та валідності результатів.

Вітчизняними науковцями проведено дослідження психометричних властивостей української версії Опитувальника депресії Бека (BDI-I) на студентській вибірці та адаптація його до українських умов, зокрема врахування гендерних відмінностей. Результати показали високу внутрішню узгодженість ($\alpha = 0,91$), значні кореляції з іншими шкалами (0,74 для шкали депресії DASS-21, 0,67 для шкали тривоги DASS-21, 0,64 для шкали стресу DASS-21) і належну дискримінативність ($\delta = 0,98$). Отримані дані збігаються з попередніми висновками, зробленими науковцями різних країн та підтверджують належні психометричні властивості обговорюваної розробки [22].

Діагностика депресивних розладів є складною проблемою над розв'язанням якої працюють науковці всього світу. Дослідники намагаються зробити цей процес більш точним та об'єктивним завдяки використанню

новітніх технологій, таких як штучний інтелект, нейровізуалізація, нейрофізіологічні й біохімічні методи. Через різноманітність симптомів депресії зростає потреба у нових підходах, які допоможуть краще визначати типи розладів та їх прогноз.

Деякі науковці критично ставляться до досягнень в розумінні причин, прогнозуванні та лікуванні депресії. Адже симптоми розладу досі важко точно виміряти. Наприклад, основний клініко-психопатологічний метод діагностики базується на спостереженні за пацієнтом, а його оцінка залежить від суб'єктивного сприйняття спеціаліста. Так само використання психодіагностичних методів діагностики (шкал та опитувальників) залежить від суб'єктивних факторів, що знижує їх точність [25].

Дослідники також звертають увагу на численні проблеми, пов'язані з оцінкою симптомів депресії, включаючи недостатню валідність і надійність методів, які використовуються для діагностики та моніторингу лікування депресії. Основною причиною вважається те, що діагностичні методи базуються на слабких методологічних та теоретичних засадах. [8]

Зокрема, за останнє століття було створено понад 280 інструментів для оцінки великого депресивного розладу. Проте, попри значні зусилля, до цього часу не визначені дієві біомаркери для даного розладу, які б пояснювали діагностичну варіативність та могли бути використані в клінічних умовах [52].

Різні шкали для оцінки депресії відрізняються за кількома параметрами, включаючи кількість і характер оцінюваних симптомів та спосіб оцінки. Так, Опитувальник депресії Бека (BDI) та Шкала депресії Центру епідеміологічних досліджень (CES-D) заповнюються самостійно [68], тоді як Шкала оцінки депресії Гамільтона (HRSD) оцінюється спостерігачами. Попри значний прогрес у науці та технологіях за останні десятиліття, підходи до вимірювання депресії залишаються майже незмінними з часу створення HRSD в 1960 році [44]. Так, розроблені понад 40 років тому шкали для діагностики депресії HAMD та MADRS залишаються обов'язковими у клінічних дослідженнях. Проте в повсякденній клінічній практиці їх використовують зрідка. Наприклад,

у Великій Британії близько 88,7% психіатрів майже не застосовують стандартизовані оцінки для пацієнтів з депресією або тривожними розладами, а у США 82% психіатрів зрідка чи взагалі не використовують ці шкали для моніторингу результатів лікування. Серед причин цього зазначають сумніви в їхній достовірності, тривалість застосування, а також занепокоєння щодо потенційного неправильного використання шкал у системі оцінки якості послуг. Разом з тим, використання хоча б однієї шкали у повсякденній практиці рекомендоване спеціалістами для відстеження змін у стані пацієнта [46].

Враховуючи це, важливо оцінити валідність і надійність наявних методів вимірювання депресії для їх удосконалення [52].

1.3. Особливості психологічного супроводу пацієнтів з депресивними розладами.

Психологічний супровід визначається як системна діяльність психолога, яка спрямована на створення комплексу клініко-психологічних, психолого-консультативних і психотерапевтичних умов для розвитку знань, умінь і навичок пацієнтів, сприяння їх успішній адаптації, реабілітації, особистісному становленню, а також нормалізації стосунків з метою успішної інтеграції та самореалізації особистості.

Основними ознаками психологічного супроводу є системність і тривалість, недирижуваний підхід та зануреність у реальне життя пацієнта, а також вибудовування унікальних стосунків між учасниками процесу. Психологічний супровід включає три головні етапи: діагностику та визначення цілей роботи, вибір і застосування відповідних методів та інструментів, а також оцінку результатів, що дає змогу скоригувати роботу.

Завдання психологічного супроводу визначаються індивідуальними особливостями пацієнта та ситуацією. Важливою частиною супроводу є створення умов, які дадуть можливість людині отримати навички самостійного розв'язання проблем. Фахівець повинен надати підтримку, яка допоможе

пацієнту перейти від почуття безпорадності до впевненості у власних силах [20].

Лікування депресивних порушень має на меті не лише усунення негативних симптомів, але й відновлення нормального емоційного функціонування людини та здатності насолоджуватися життям. Проте, функціональне відновлення іноді відбувається повільніше за зниження депресивного настрою через наявність хронічних симптомів, таких як втома, порушення сну та когнітивні порушення, що впливають на щоденне життя пацієнта. Терапія часто має справу з такими проявами тяжкої депресії, як ангедонія, втрата інтересів, емоційне сплюснення, що не завжди можна усунути антидепресантами. Саме тому психотерапевтичні методи стають необхідними для роботи з негативними думками, відновлення емоційного стану та покращення настрою пацієнта. Фокусування на позитивних емоціях допомагає хворим краще реагувати на лікування та досягати ремісії. Разом з тим, складність терапії депресії полягає в тому, що при тяжких або ускладнених формах депресивних розладів повне одужання не завжди можливе [26].

Будь-яке захворювання, навіть без руйнівних змін у мозковій діяльності, неодмінно впливає на психіку хворого та спричиняє нові форми реагування на оточуючий світ. Депресія також призводить до серйозних наслідків: високого суїцидального ризику, порушення адаптаційних можливостей, зниження професійного статусу, розпаду сім'ї, інвалідності, втрати соціальних зв'язків і зниження якості життя в цілому. Ці наслідки потребують комплексної реабілітації хворого для повернення його до нормального функціонування в суспільстві [13]

Оцінка психологічних складників реабілітаційного потенціалу пацієнтів з депресією показує, що важливими факторами є соціальне функціонування, психологічний добробут, а також особливості їхніх міжособистісних та сімейних відносин. Ці аспекти впливають на ефективність відновлення пацієнтів [13]. Корнієнко В.В. підкреслює, що пацієнти з депресивними розладами часто демонструють психологічні дефіцити, такі як пасивність у

складних ситуаціях і незадоволеність різними аспектами свого життя – сімейного, професійного та соціального. Хворі часто переживають психічні травми в стосунках з партнерами, родичами, а також у професійній та соціальній сферах. Їм притаманний низький рівень інтересу та задоволеності життям, знижений настрій, невідповідність між цілями та реальними досягненнями, невпевненість у собі та пасивна життєва позиція. Всі ці аспекти необхідно враховувати при визначенні реабілітаційного потенціалу та розробці індивідуальних психокорекційних програм для пацієнтів з депресивними порушеннями [41].

Так, за рекомендаціями Національного інституту здоров'я і вдосконалення медичної допомоги Великої Британії (NICE, 2022), під час лікування депресії важливо забезпечити з пацієнтом постійний контакт та ініціювати заходи соціальної підтримки. Після завершення терапії доцільно обговорити подальші кроки для збереження досягнутих результатів і запобігання рецидивам [16].

Вибір методів психологічного супроводу пацієнтів з депресивними порушеннями залежать від індивідуальних потреб хворого та важкості стану. Так, за легких депресивних розладів використовуються такі методи, як:

Керована самодопомога – підхід, що фокусується на розв'язанні актуальних проблем пацієнта та спрямований на аналіз взаємозв'язків між думками, почуттями й поведінкою. Пацієнт отримує матеріали для самодопомоги з вправами когнітивно-поведінкової терапії, поведінкової активації або інформацію доступних психоосвітніх ресурсів (6-8 сесій з підтримкою фахівця).

Групові та індивідуальні КПТ, що орієнтовані на розв'язання поточних проблем, дослідженні взаємозв'язків думок, переконань, почуттів і поведінки, а також навчає людину справлятися з життєвими проблемами в інший спосіб (8 і більше групових або індивідуальних сесій).

Групові та індивідуальні поведінкові активації, яка зосереджується на виявленні взаємозв'язку між поведінкою та настроєм і допомагає змінювати

моделі поведінки для покращення настрою. Метод не фокусується безпосередньо на зміні думок і почуттів. Проводиться 8 і більше групових або індивідуальних сесій.

Групові фізичні вправи, що включають аеробні тренування середньої інтенсивності, без фокуса на зміні думок і почуттів. Проводяться 1 і більше разів на тиждень протягом 10 тижнів.

Групова терапія на основі усвідомленості (майндфулнес) і медитація - зосереджується на теперішньому моменті, аналізі думок і тілесних відчуттів, включають дихальні вправи. Включає 8 групових сесій з 8-15 учасників.

Міжособистісна (інтерперсональна) психотерапія - фокусується на аналізі взаємовідносин і обставин, які впливають на депресію, а також зміні моделей стосунків. Триває 8-16 сеансів.

Індивідуальне консультування, яке зосереджене на опрацюванні емоцій, допомагає пацієнтам знаходити власні рішення та зміцнювати захисні механізми. Передбачає емпатійне слухання та дослідження емоцій, сприяє підвищенню самосвідомості. Включає 8 і більше сеансів.

Короткочасна психодинамічна психотерапія - зосереджується на аналізі складних почуттів у важливих стосунках та виявленні повторюваних шаблонів поведінки. Спрямована на виникнення інсайту в клієнта та роботу з афектами. У центрі уваги перебувають стосунки між терапевтом і пацієнтом. Триває 8-16 сеансів.

Для подолання тяжких депресивних розладів можуть доцільно використовувати більш інтенсивні підходи. Зокрема, доцільним є збільшення кількості сеансів психотерапії у визнаних методах (в середньому до 16 сесій) та їх поєднання з прийомом антидепресантів [16].

Існують свої особливості щодо психологічного супроводу ВІЛ-інфікованих пацієнтів. Адже будь-яке захворювання, особливо ВІЛ-інфекція, пов'язані з неприємними, негативними та часом болісними переживаннями пацієнта щодо свого стану здоров'я та ймовірних втрат через погіршення самопочуття та безвихідь [7].

З моменту відкриття ВІЛ досягнуто величезних успіхів в профілактиці та лікуванні інфекції. Розширення масштабів антиретровірусної терапії (АРТ) до більше ніж 8 млн осіб (Об'єднана програма ООН з ВІЛ/СНІДу і ВООЗ, 2012 р.) віднесло ВІЛ до категорії хронічної хвороби. А більшість людей з вперше встановленим діагнозом за умови ранньої діагностики та лікування проживуть в середньому близько 75 років [70]. Саме тому основна увага спрямовується на забезпечення належної якості життя людей, які живуть з ВІЛ [81].

Положення Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) “90-90-90” передбачають діагностику 90% людей з ВІЛ, надання АРТ 90% з них та досягнення вірусної супресії у 90% тих, хто розпочав лікування [81]. Глобальна стратегія ВООЗ у сфері охорони здоров'я на 2022–2030 роки щодо цілей боротьби з ВІЛ спрямована на скорочення кількості ВІЛ-інфекції з 1,5 мільйона у 2020 році до 335 000 до 2030 року, а смертності з 680000 у 2020 році до менш ніж 240000 у 2030 році [93]. Однак досягти успіху буде неможливо без подолання психічних проблем, зокрема депресії, серед ВІЛ-інфікованих осіб та осіб з груп ризику інфікування ВІЛ.

Психічні розлади у ВІЛ-інфікованих пацієнтів можуть виникати як через основне захворювання, так і внаслідок побічних АРТ. Для ефективного психологічного супроводу таких пацієнтів необхідно враховувати як соціальні фактори (стигматизацію, дискримінацію), так і психологічні (рівень депресії та тривожності), що впливають на прихильність до лікування [7].

Основи психологічного супроводу ВІЛ-інфікованих пацієнтів будуються на принципах всебічної підтримки хворого та спрямовані на полегшення фізичних, психічних, моральних і соціальних страждань, а також на допомогу в адаптації до свого нового статусу.

Основною метою психологічного супроводу ВІЛ-інфікованого пацієнта є покращення якості його життя та членів родини.

Завданням психологічного супроводу ВІЛ-інфікованих є: подолання страхів і стресів, пов'язаних з діагнозом; формування стійкої прихильності до лікування; зміна деструктивного способу життя для осіб з груп ризику;

зниження саможигматизації та подолання дискримінації; розвиток навичок ефективної комунікації; підтримка соціальної адаптації та самореалізації; а також просвітницька робота з родиною та близькими пацієнта.

Психологічна допомога ВІЛ-інфікованим пацієнтам будується на *принципах* підтримки та відкритості для створення довірливих стосунків; емпатії та індивідуального підходу; інформаційної підтримки на всіх етапах лікування; конфіденційності щодо особистої інформації та ВІЛ-статусу пацієнта.

Психологічний супровід ВІЛ-інфікованих пацієнтів здійснюється обов'язково на етапі прийняття діагнозу та подоланні стресової реакції; під час адаптації до тривалого лікування та подолання побічних ефектів АРТ, а також на термінальній стадії хвороби.

До *методів психологічного супроводу ВІЛ-інфікованого пацієнта* належать: психологічне консультування, просвітницька й профілактична робота та психологічна підтримка [1, 7, 11].

Для ефективної підтримки психічного здоров'я людей, що живуть з ВІЛ, сучасні наукові дослідження пропонують чотири основні підходи. По-перше, делегування завдань скринінгу та лікування депресії менш кваліфікованим працівникам під мінімальним наглядом фахівців. По-друге, організацію ступінчастої допомоги, де інтенсивність втручання залежить від потреб пацієнта. По-третє, застосування універсальних стратегій лікування, таких як КПТ, для вирішення кількох проблем одночасно. І, нарешті, активне використання сучасних технологій для підтримки лікування, зокрема серед молоді. Поєднання цих заходів із лікуванням ВІЛ-інфекції може допомогти поліпшити результати терапії та загальну якість життя людей з ВІЛ [54, 95]. Адже зменшення симптомів депресії тісно пов'язане з стійкою прихильністю до АРТ та кращим результатом лікування [73]. Тому своєчасна діагностика та лікування депресивних розладів є ключовими для покращення якості життя ВІЛ-інфікованих.

Висновки до Розділу 1

У результаті огляду фахової літератури встановлено, що депресивний розлад, або депресія, є поширеним станом психічного здоров'я, що характеризується рядом виражених симптомів. Серед них: тривале зниження настрою, втрата задоволення від звичної діяльності, порушення апетиту, розлад сну, тривога, зниження концентрації уваги, нерішучість, занепокоєння, відчуття безнадії та суїцидальні думки.

Депресія відрізняється від звичайних змін настрою своєю тривалістю (понад два тижні) та інтенсивністю.

Розлад може виникати через складну взаємодію соціально-психологічних та біологічних факторів і мати психогенне, ендогенне або соматогенне походження. Депресивні симптоми включають емоційні, когнітивні, поведінкові та фізіологічні прояви.

Патопсихологічна діагностика депресивних розладів передбачає оцінку структури та вираженості психічних порушень у пацієнта, що сприяє уточненню нозологічного діагнозу та дозволяє відстежувати динаміку змін. Основними методами діагностики є клінічна бесіда, спостереження, експеримент, аналіз анамнезу та труднощів соціальної взаємодії.

Для оцінки симптомів депресії використовують різні опитувальники, проте найбільш валідними інструментами вважаються Опитувальник депресії Бека (BDI), шкала Гамільтона для оцінки тяжкості депресії (HDRS), шкала оцінки депресії Монтгомері-Асберг (MADRS) та Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS). Кожна з цих шкал має свої переваги та використовується для різних цілей, від скринінгу депресії до оцінки динаміки лікування [76].

Психологічний супровід пацієнтів з депресією передбачає індивідуальний підхід, спрямований на підтримку пацієнта, відновлення його соціальної активності та поліпшення якості життя. Такий супровід має бути послідовним і тривалим, охоплюючи різні етапи: від діагностики й корекції

емоційного стану до відстеження змін. Важливо враховувати особливості пацієнта, тяжкість його депресії та його стосунки з оточуючими.

Методи супроводу добираються індивідуально. Вони можуть включати консультування, когнітивно-поведінкову та інтерперсональну психотерапію, навчання навичкам самодопомоги, поведінкову активацію, фізичну активність тощо. Важливою складовою супроводу є допомога пацієнтам у розвитку навичок самостійного вирішення проблем, підвищення їх самовпевненості та здатності протидіяти стресовим ситуаціям. Особливої уваги потребують пацієнти з важкими супутніми захворюваннями, такими як ВІЛ. У цих випадках важливо зосередитися на забезпеченні соціальної підтримки, подоланні стигми та допомозі в адаптації до тривалого лікування.

РОЗДІЛ 2

ДІАГНОСТИКА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ

2.1. Програма емпіричного дослідження з діагностики депресивних розладів у ВІЛ-інфікованих пацієнтів

Метою емпіричного дослідження є діагностика рівня депресивних розладів серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів амбулаторного відділення поліклініки шляхом використання трьох стандартизованих опитувальників (BDI, PHQ-9, HADS) та порівняння результатів для виявлення розбіжностей у діагностичних показниках між цими методиками.

Гіпотеза: ВІЛ-інфіковані пацієнти мають підвищений рівень депресивних розладів, причому основні патопсихологічні прояви депресії будуть включати високий рівень тривожності, соматизації та когнітивні порушення. Окрім того, очікується, що різні опитувальники (BDI, PHQ-9, HADS) можуть по-різному відображати рівень депресії, що дозволить виявити специфічні аспекти, які кожен з них оцінює.

Завданнями констатувального експерименту є:

- обрати відповідні до цілей дослідження методи діагностики депресивних розладів;
- провести діагностичне обстеження ВІЛ-інфікованих пацієнтів на виявлення депресії, оцінки її рівня та визначення основних проявів;
- проаналізувати отримані результати констатувального експерименту та перевірити гіпотезу про підвищений рівень депресії у ВІЛ-інфікованих пацієнтів і виражені патопсихологічні прояви даного розладу;
- порівняти діагностичні показники, отримані за допомогою опитувальників BDI, PHQ-9 та HADS для визначення розбіжностей в діагностиці депресії у даній групі пацієнтів та обрати найінформативніший інструмент;

- сформулювати рекомендації до психологічного супроводу ВІЛ-інфікованих пацієнтів з депресивними порушеннями, з урахуванням специфіки виявлених патопсихологічних проявів.

З метою вивчення патопсихологічних особливостей депресивних розладів серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів нами проведено емпіричне дослідження, в ході якого були використані наступні методики:

- Опитувальник стану здоров'я пацієнта (PHQ-9) [47 с. 23-28, 81];
- Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) [47 с. 34-37];
- Опитувальник депресії Бека (BDI) [47 с. 55-58].

Опитувальник стану здоров'я пацієнта (PHQ-9) застосовується для скринінгової діагностики депресії за основними (1-2) та додатковими (3-10) симптомами, складається з 10 стверджень та охоплює часовий інтервал “останні 2 тижні”. Заповнюється власне пацієнтом за 1-2 хвилини та визначає частоту появи симптому. Варіанти відповідей:

- жодного разу – 0 балів,
- кілька днів – 1 бал,
- більш ніж половину днів – 2 бали,
- майже кожен день – 3 бали.

Завершальний блок опитувальника PHQ визначає рівень впливу виявлених симптомів на рівень функціонування пацієнта в будь-якій із трьох сфер: виробничій, родинній, соціальній. Рівень впливу хворобливих симптомів оцінюється за 4-бальною шкалою Лайкарта, яка включає такі категорії: “зовсім не важко”, “трохи важко”, “дуже важко” та “надзвичайно важко”. Отримані результати дозволяють припускати наявність депресії та оцінити ефективність терапії.

Після обробки отриманих результатів можлива інтерпретація за кількістю симптомів депресії та порушенням щоденного функціонування:

- < 10 балів - мінімальні депресивні прояви;
- 10-14 балів – легка депресія;
- 15-19 балів – депресія середнього ступеня тяжкості;

- 20 – важка депресія.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) дозволяє виявити та оцінити тяжкість симптомів тривоги та депресії у пацієнтів, що перебувають на стаціонарному або амбулаторному лікуванні. Пацієнт після інструкції клініциста заповнює бланк самостійно. Час заповнення шкали 20-30 хв. Шкала складається з 14 тверджень, що поділяються на дві підшкали: підшкала Т - “тривога” (пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) та підшкала D - “депресія” (пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Кожне твердження має 4 варіанти відповіді, що відображають різний ступінь вираженості ознаки та кодуються за зростанням тяжкості симптому: від 0 балів (відсутність ознаки) до 4 балів (її максимальна вираженість). Оцінка за кожною зі шкал проводиться окремо. Максимальна оцінка по кожній з підшкал - 21.

Критерії оцінювання наявності та тяжкості симптомів:

- 0 -7 - норма;
- 8-10 балів - зона ризику (наявність феномену) або легкий рівень вираженості;
- 11 або вище - вказує на ймовірну наявність розладу настрою;
- 11 - 15 - помірний ступінь;
- 16 - 21 - важкий ступінь [94].

Опитувальник депресії Бека (BDI) дозволяє виявити та оцінити інтенсивність найбільш релевантних і значущих симптомів депресії. Дана шкала містить 21 питання та складається з двох субшкал: когнітивно-афективних (пункти 1-13) і соматичних проявів депресії (пункти 14-21).

До когнітивно-афективних симптомів депресії належать: настрій, песимізм, почуття неспроможності, незадоволеність, почуття провини, очікування покарання, відраза до самого себе, ідеї самозвинувачення, суїцидальні думки, сльозливість, дратівливість, порушення соціальних зв'язків, нерішучість.

До соматичних проявів депресії належать: порушення образу тіла; втрата працездатності; порушення сну; стомлюваність; втрата апетиту, ваги; втрата лібідо.

Час заповнення самоопитувальника пацієнтом становить від 20 хвилин до 1 години залежно від стану. Пацієнт обирає 1 або декілька тверджень з кожного питання, які найбільш точно визначають його самопочуття наразі. Кожному твердженню відповідає кількість балів від 0 до 3. Після підрахунку загальної суми балів за опитувальником можемо отримати дані щодо ступеня тяжкості депресії, а також який тип симптомів (когнітивно-афективні чи соматичні) є більш вираженим у пацієнта:

- 0-9 - відсутність депресивних симптомів;
- 10-15 - легка депресія (субдепресія);
- 16-19 - помірна депресія;
- 20-29 - виражена депресія (середньої тяжкості);
- 30-63 - важка депресія [94].

Інформація про види проявів депресивних розладів дозволяє коригувати терапевтичні втручання та забезпечувати індивідуальний підхід до лікування пацієнта.

2.2 Матеріали дослідження

Вибірка дослідження. У дослідженні брали участь 35 пацієнтів із встановленим діагнозом ВІЛ-інфекція, які перебували на обліку в амбулаторному відділенні профілактики та боротьби зі СНІДом Комунального некомерційного підприємства Черкаська міська консультативно-діагностична поліклініка, філія № 1. Генеральна сукупність становила 550 осіб. Вибірка формувалась на основі доступності пацієнтів. Усі учасники надали інформовану згоду на участь у дослідженні. Всі респонденти належать до періоду дорослості. У вибірці було 22 чоловіки та 13 жінок. Середній вік жінок становив $45,8 \pm 10,4$ років, а чоловіків – $47 \pm 5,7$ років.

Інструменти дослідження. Для діагностики депресивних розладів використовувалися стандартизовані опитувальники: BDI, PHQ-9 та HADS. Інструменти були адаптовані для використання в українському середовищі.

Їхній вибір зумовлений високими показниками конструктивної та критеріальної валідності в клінічних дослідженнях.

Організація дослідження. Дослідження проводилося в період з квітня по червень 2024 року в умовах поліклініки. Дані збиралися шляхом індивідуального анкетування під час регулярних візитів пацієнтів. Усі процедури відповідали етичним стандартам, включаючи забезпечення конфіденційності та отримання інформованої згоди учасників.

Процедура збору даних. Кожен пацієнт заповнював три опитувальники (BDI, PHQ-9, HADS) під керівництвом дослідника. Додатково використовувалися методи спостереження та бесіди для уточнення діагностичних даних.

Етичні аспекти. Дослідження відповідало етичним стандартам, зокрема:

- інформована згода учасників.
- конфіденційність даних.
- відсутність примусу до участі.

2.3 Аналіз результатів емпіричного дослідження

Для проведення статистичного аналізу результатів дослідження використовували такий алгоритм:

- збір даних з відповідями на Опитувальник депресії Бека (BDI), Опитувальник стану здоров'я пацієнта (PHQ-9), Госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS) по кожному респонденту;
- проведення описової статистики: обчислення середніх значень, стандартних відхилень, медіани, коефіцієнтів варіації, мінімальних та максимальних значень для кожного з опитувальників (BDI, PHQ-9, HADS);
- побудова візуальних графіків (гістограм), які показують розподіл балів за кожним опитувальником;
- аналіз частоти симптомів депресії по кожному з опитувальників;

- проведення кореляційного аналізу між результатами різних опитувальників для виявлення можливих зв'язків.

Розглянемо результати обстежуваних дорослих, отримані методом самоопитування за допомогою Опитувальника стану здоров'я пацієнта (PHQ-9) (Рис. 1.1).

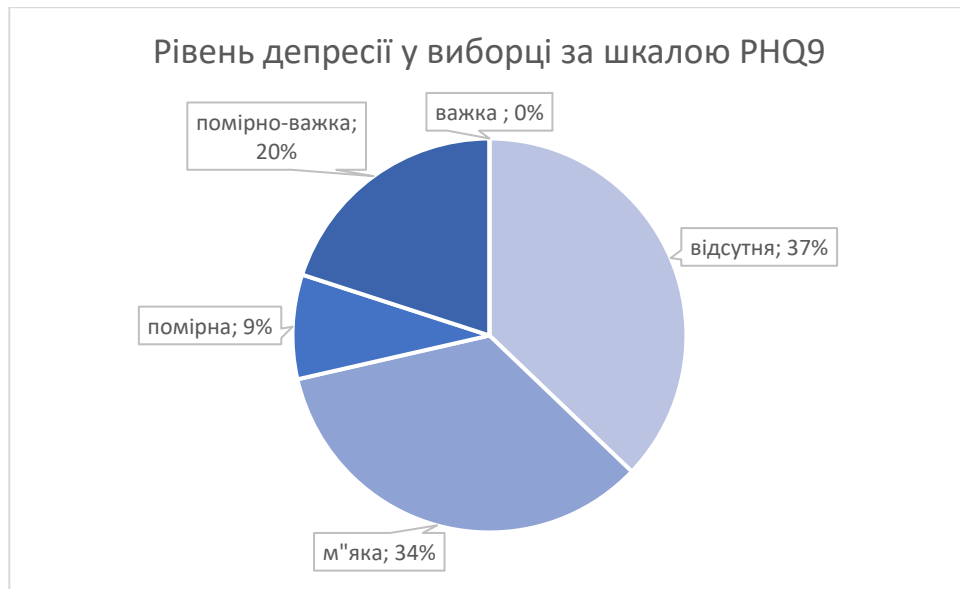


Рис.1.1. Показники рівня депресії у вибірці за шкалою PHQ-9

Отримані дані визначають, що 13 осіб або 37% від загальної кількості респондентів не виявляють ознак депресії, у 12 осіб або 34% діагностується м'яка форма депресивного розладу, 3 особи або 9% демонструють помірну депресивну симптоматику та 7 осіб або 20% страждають на помірно-важкі симптоми депресії. Серед опитаних відсутні пацієнти з важкою депресією.

За даними Опитувальника депресії Бека (BDI) виявлено 19 осіб або 54% від загальної кількості респондентів у виборці без депресивних симптомів, 5 осіб або 17% страждають на легку депресію, у 1 особи або 3% - діагностовано помірну депресію, 5 осіб або 14% мають виражену депресію та 4 особи або 12% опитаних вказали на тяжкі депресивні симптоми. (Рис. 1.2.).

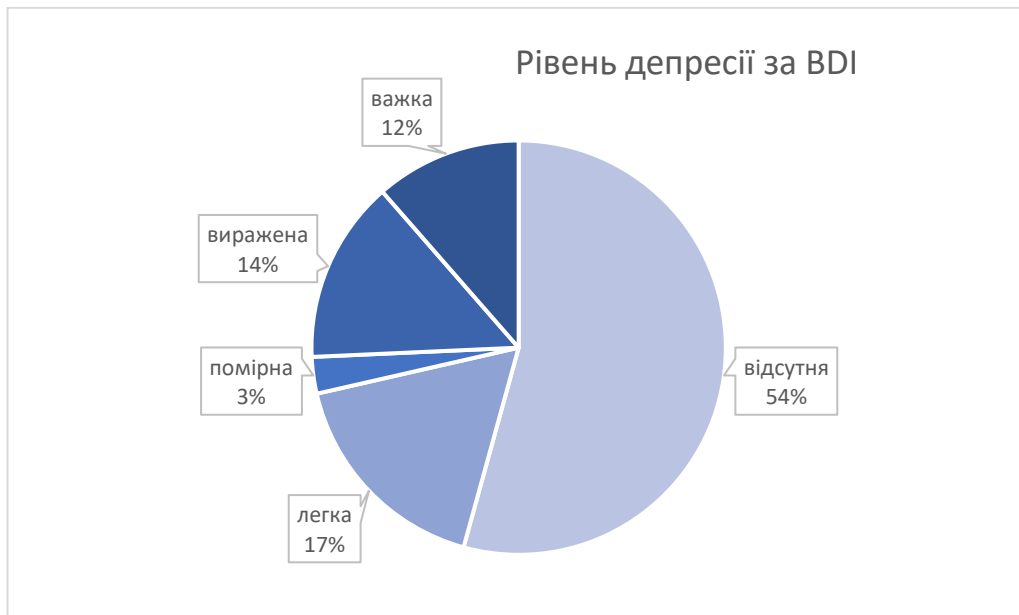


Рис. 1.2. Показники рівня депресії у вибірці за шкалою BDI

За результатами субшкали тривоги Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) виявлено, що 24 респонденти або 68% від числа опитаних не демонструють підвищеної тривожності; 2 особи або 6% респондентів перебувають в зоні ризику розвитку тривожних симптомів, у 9 осіб або 20% респондентів помірний рівень тривоги, та у 2 осіб або 6 % опитаних важкий ступінь тривоги (Рис. 1.3.).

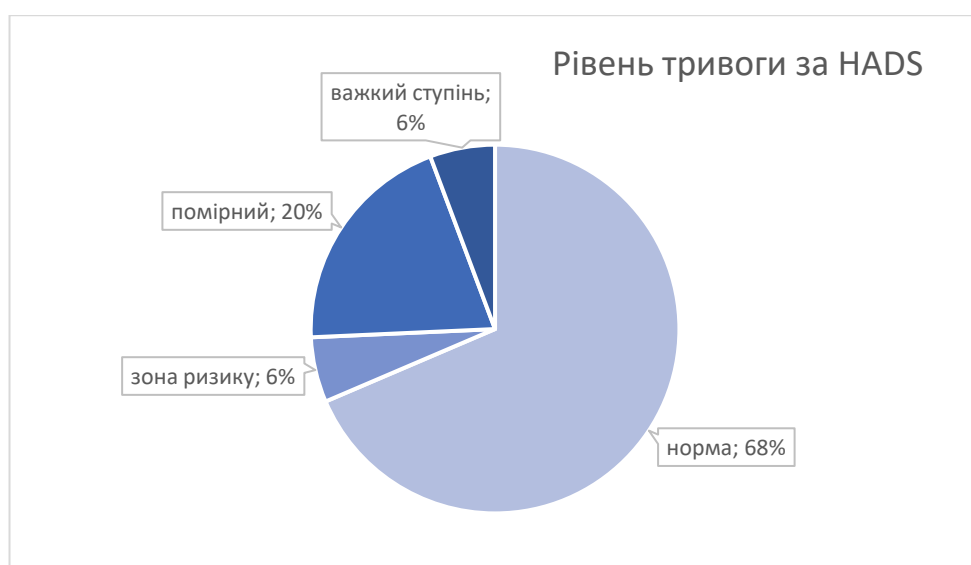


Рис. 1.3. Показники рівня тривоги у вибірці за шкалою HADS

За даними субшкали депресії Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) у 23 респондентів або 67% від загальної кількості опитаних не спостерігаються прояви депресії, 5 осіб або 15% респондентів перебувають у зоні ризику депресивних симптомів, 6 осіб або 18% від загальної кількості опитаних мають помірний ступінь депресії. Важкої депресії серед респондентів за даними опитувальника не діагностовано (Рис. 1.4.).

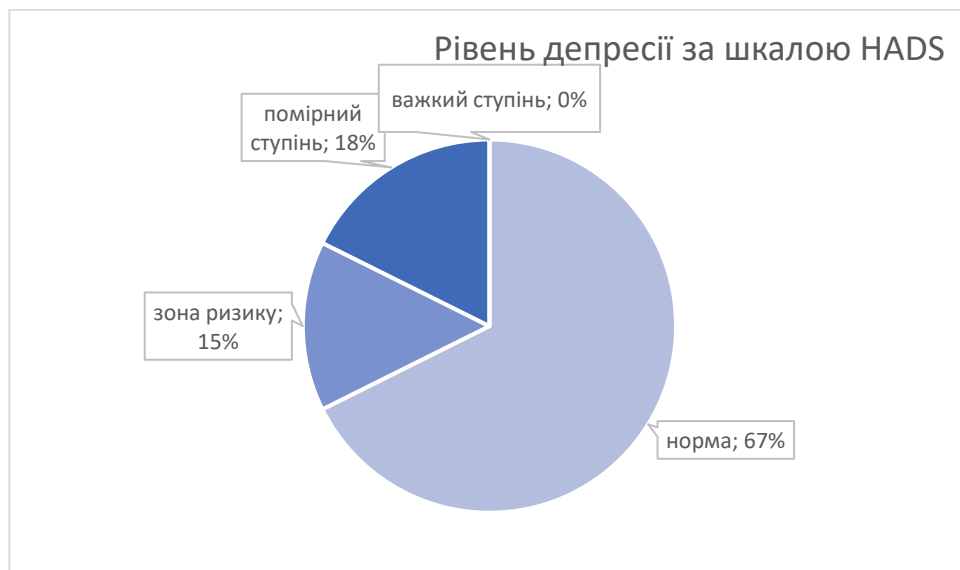


Рис. 1.4. Показники рівня депресії у вибірці за HADS

Аналіз результатів дослідження виявив певну розбіжність у діагностиці депресивних ознак між трьома опитувальниками (PHQ-9, BDI, HADS). Так, лише в 13 осіб з вибірки всі три опитувальники (PHQ-9, BDI, HADS) показали відсутність депресивних ознак. Це свідчить про те, що інші респонденти виявили певні симптоми депресії хоча б за одним інструментом, що підтверджує різницю в підходах до оцінки симптомів.

У 7 респондентів PHQ-9 показав м'яку форму депресії, тоді як BDI та HADS не підтвердили депресивних ознак. Отже, PHQ-9 може демонструвати більшу чутливість до діагностики легких депресивних симптомів.

У 4 випадках PHQ-9 та BDI показали м'яку форму депресії, тоді як субшкала депресії HADS не підтвердив розлад або дав невизначену оцінку. В окремому випадку PHQ-9 діагностував м'яку депресію, BDI – помірну, а HADS

– невизначену. Це може вказувати на те, що субшкала депресії HADS не завжди ефективно оцінює легкі та помірні симптоми, що може впливати на результати діагностики.

В одного респондента PHQ-9 виявив помірно-важку депресію, BDI показав легкі депресивні ознаки, а HADS – відсутність розладу. Така розбіжність може свідчити про різну інтерпретацію помірних симптомів PHQ-9 та BDI, а також обмеження HADS у виявленні помірних ознак.

У 5 випадках PHQ-9 та BDI діагностували помірно-важкий або виражений рівень депресії, але HADS підтвердив депресію лише у 4 з них. Це свідчить про певну невідповідність між інструментами у визначенні важких випадків, особливо щодо субшкали депресії HADS.

У 4 випадках PHQ-9 діагностував помірно-важку або помірну депресію, тоді як BDI класифікував ці випадки як важку депресію. Субшкала депресії HADS підтвердила депресію лише у двох випадках, тоді як інші оцінені як невизначені. Це свідчить про те, що BDI є більш чутливим до симптомів важкої депресії, а HADS може залишати невизначеність у подібних випадках.

Отже, в даному дослідженні PHQ-9 показує вищу чутливість до легких та помірних симптомів, тоді як BDI виявляється більш чутливим до важких випадків. HADS, у свою чергу, може залишати невизначену оцінку або не підтверджувати діагноз у випадках з легкими та помірними симптомами.

Використання кількох діагностичних інструментів дозволяє уникати недооцінки депресивних симптомів, проте свідчить про різну інтерпретацію ознак депресії. BDI та PHQ-9 виявляються більш ефективні у виявленні різних рівнів депресії, тоді як HADS не може слугувати єдиним інструментом для діагностики депресії через його меншу чутливість до таких порушень.

У наведеній нижче таблиці представлено розподіл відсотків респондентів з різними ступенями депресії відповідно до результатів опитувальників: BDI, PHQ-9 та HADS-депресія (Табл. 1.1). Ці дані дозволяють порівняти, як різні інструменти оцінки депресії визначають ступінь вираженості депресивних симптомів серед пацієнтів.

Таблиця 1.1

Розподіл відсотків осіб із різними ступенями депресії
за результатами шкал BDI, PHQ-9, HADS (%)

Ступінь депресії	BDI	PHQ-9	HADS-депресія
Відсутня	54	37	67
Легка (м'яка)	17	34	15
Помірна	3	9	18
Виражена (помірно-важка)	14	20	-
Важка	12	0	0

Показники вказують на те, що найбільший відсоток осіб без депресії спостерігається за субтестом депресії Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) - 67%. Це може бути пояснене тим, що HADS створена для виявлення депресивних та тривожних симптомів у пацієнтів із соматичними захворюваннями в умовах клініки. Саме тому, шкала може бути більш чутливою до виявлення тяжких проявів депресії і менш чутливою до легких форм, що призводить до вищого відсотка пацієнтів, які класифікуються як без депресії. Разом з тим, в HADS мінімізований вплив соматичних симптомів на діагностику депресії, що може призводити до зниження оцінки депресії у випадках, коли симптоми пов'язані з фізичними станами.

PHQ-9 виявляє найвищий відсоток пацієнтів із легкою депресією (34%). Це може бути пов'язане з тим, що опитувальник високочутливий до легких форм депресії та охоплює широкий спектр симптомів. Як самоопитувальник, PHQ-9 дозволяє пацієнтам відобразити навіть незначні симптоми легкої депресії.

Субтест депресії HADS виявляє найбільший відсоток осіб із помірною депресією (18%) через зосередження уваги саме на психологічних симптомах розладу та зведення до мінімуму впливу соматичних проявів. Адже під час помірної депресії переважають саме психічні прояви розладу. HADS

допомагає також відрізнити депресивні симптоми від фізичних проблем пацієнтів у клінічних умовах.

PHQ-9 виявляє найбільший відсоток пацієнтів із вираженою депресією (20%) через здатність охоплювати широкий спектр як психологічних, так і фізичних симптомів. Даний опитувальник містить питання, які зосереджені на виявленні важких симптомів депресії, таких як втрата інтересу, почуття безнадії та труднощі з концентрацією уваги. Це робить PHQ-9 особливо ефективним у скринінгу виражених форм депресії.

BDI визначає 12% пацієнтів з вибірки з тяжкою депресією через його високу чутливість і детальні запитання, які точно оцінюють важкі симптоми. PHQ-9 та HADS вважаються скринінговими та більш узагальненими інструментами, через що можуть не показувати тяжкі форми депресивних розладів.

Тепер, коли ми маємо загальне уявлення про частоту депресії у вибірці, перейдемо до детального аналізу результатів. Для кращого розуміння даних розглянемо основні статистичні показники для кожного опитувальника (Табл.1.2).

Таблиця 1.2

Описові статистики результатів опитувальників: BDI, PHQ-9, HADS

	BDI	PHQ9	HADS Тривога	HADS Депресія
Середнє значення	12,43	7,29	6,20	5,34
Медіана	9	6	4	4
Стандартне відхилення	11,0	6,11	5,37	4,28
Мінімум	0	0	0	0
Максимум	37	19	19	15
Коефіцієнт варіації	88,64%	83,86%	86,66%	80,05%

На основі отриманих статистичних даних про шкали BDI, PHQ-9 та HADS (тривога і депресія), можна зробити такі висновки:

За BDI середнє значення становить 12,43, що відповідає легкому або помірному рівню депресії серед респондентів. Медіана 9 свідчить, що у половини пацієнтів депресивні прояви виражені помірно або слабо. Проте, спостерігається високе значення стандартного відхилення (11,02) і коефіцієнту варіації (88,64%), що вказує на значну різницю в рівнях депресії серед респондентів. Так, у виборці присутні пацієнти без проявів депресії (мінімальне значення 0) та пацієнти з тяжким рівнем депресії (максимальне значення 37).

Результати PHQ-9 демонструють схожі тенденції, проте середнє значення становить 7,29, що вказує на легший рівень депресії серед пацієнтів вибірки, порівняно з BDI. Медіана на рівні 6 свідчить про легкі депресивні симптоми у більшості з опитаних. Стандартне відхилення 6,11 і коефіцієнт варіації 83,86% вказують, що різниця в рівнях депресії між пацієнтами дещо менша, ніж в BDI. Мінімум (0 балів) і максимум (19 балів) вказують, що у виборці присутні особи як без проявів депресії, так і з помірними ознаками депресії.

За субшкалою тривоги HADS розраховано середнє значення на рівні 6,2, що відповідає легкому рівню тривожності. Медіана 4 вказує на те, що половина пацієнтів має низький рівень тривожності, а стандартне відхилення 5,37 демонструє помірну варіацію в рівнях тривоги. Мінімальне значення (0 балів) і максимальне значення (19 балів) свідчать про наявність як пацієнтів без тривожних симптомів, так і тих, у кого високий рівень тривоги. Коефіцієнт варіації 86,66% демонструє значну різницю в рівнях тривоги респондентів.

Що стосується субшкали депресії HADS, середнє значення 5,34 вказує на легкий рівень депресії, а медіана 4 підтверджує, що більшість пацієнтів мають лише незначні депресивні симптоми. Стандартне відхилення 4,28 і коефіцієнт варіації 80,05% свідчать про меншу різницю в рівнях депресії у порівнянні з іншими шкалами. Разом з тим, мінімальне значення - 0 і

максимальне значення – 15 все ж таки свідчать про наявність у виборці пацієнтів із помірними тяжкими проявами депресії.

Отже, порівняння результатів трьох опитувальників виявляє значні варіації рівня депресії та тривожності серед пацієнтів вибірки. Найвищі показники депресії спостерігаються за BDI, тоді як PHQ-9 і HADS виявили помірні рівні депресивних розладів. Це можна пояснити різною чутливістю шкал до специфічних симптомів депресії. Оскільки BDI охоплює широкий спектр когнітивних, емоційних та фізичних симптомів депресії, цей інструмент дозволяє діагностувати вищі рівні депресії. PHQ-9 має простішу структуру та фокусується на основних симптомах депресії, таких як знижений настрій, порушення сну тощо. Це може призводити до нижчих оцінок рівня депресії. HADS розроблена для оцінки стану тривоги та депресії у пацієнтів із соматичними захворюваннями, тому зосереджується переважно на когнітивних та емоційних проявах розладу та не бере до уваги фізичні симптоми депресії. Це пояснює більш низькі показники за цією шкалою. Таким чином, відмінності між опитувальниками обумовлені різними підходами до оцінки симптомів та різними цілями дослідження, що впливає на загальні результати.

Тепер розглянемо гістограми для глибшого розуміння розподілу балів за кожним опитувальником. На візуальних графіках представлені результати розподілу для опитувальників BDI, PHQ-9 та HADS (Рис. 1.5).

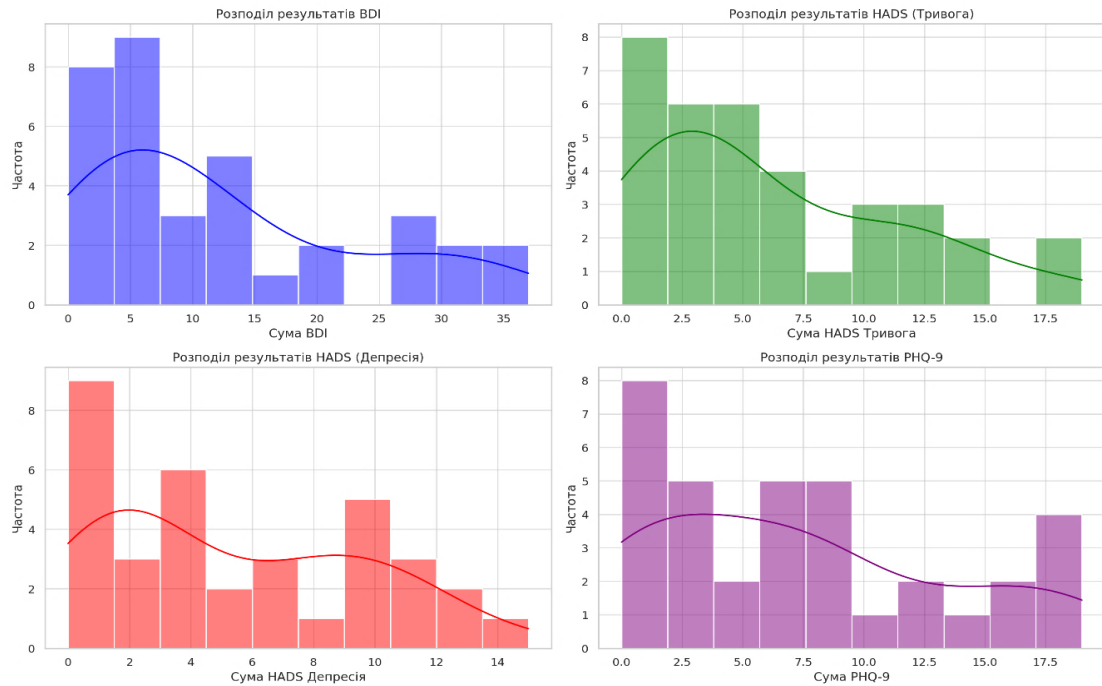


Рис. 1.5 Гістограми розподілу результатів за шкалами BDI, PHQ-9, HADS

Гістограми показують частоту результатів для кожного опитувальника. Криві допомагають візуально оцінити форму розподілу даних.

Більшість результатів BDI зосереджені ближче до середини з кількома високими значеннями. Це вказує, що більшість пацієнтів мають низькі або помірні рівні депресії, проте є пацієнти з вираженими симптомами депресії. Отже, депресія поширена в легкій та помірній формі.

На гістограмі PHQ-9 розподіл показує більше значень у низькому та середньому діапазоні (0–10 балів), а високі значення (понад 15 балів) трапляються рідше. Відтак він показує менш виражену депресію у порівнянні з BDI.

Гістограма тривоги HADS, показує, що більшість пацієнтів мають низькі рівні тривожності (від 0 до 5). Проте є окремі випадки з високими показниками тривожності (понад 10), що свідчить про наявність тривожних станів у деяких з пацієнтів.

Графік депресії HADS вказує, що значна частина пацієнтів має низькі рівні депресії (переважно до 5 балів), проте є кілька випадків депресії помірного

рівня (6-10 балів). Можна зробити висновок про загальний нижчий рівень депресії за даною шкалою.

Таким чином, описова статистика допомагає нам краще зрозуміти середні показники та варіацію результатів. Наступним кроком буде аналіз частоти симптомів і кореляційний аналіз, щоб дізнатися більше про специфічні симптоми та їх взаємозв'язки.

Зупинимось детальніше на аналізі графіку, що демонструє частоту симптомів депресії за BDI (Рис. 1.6).

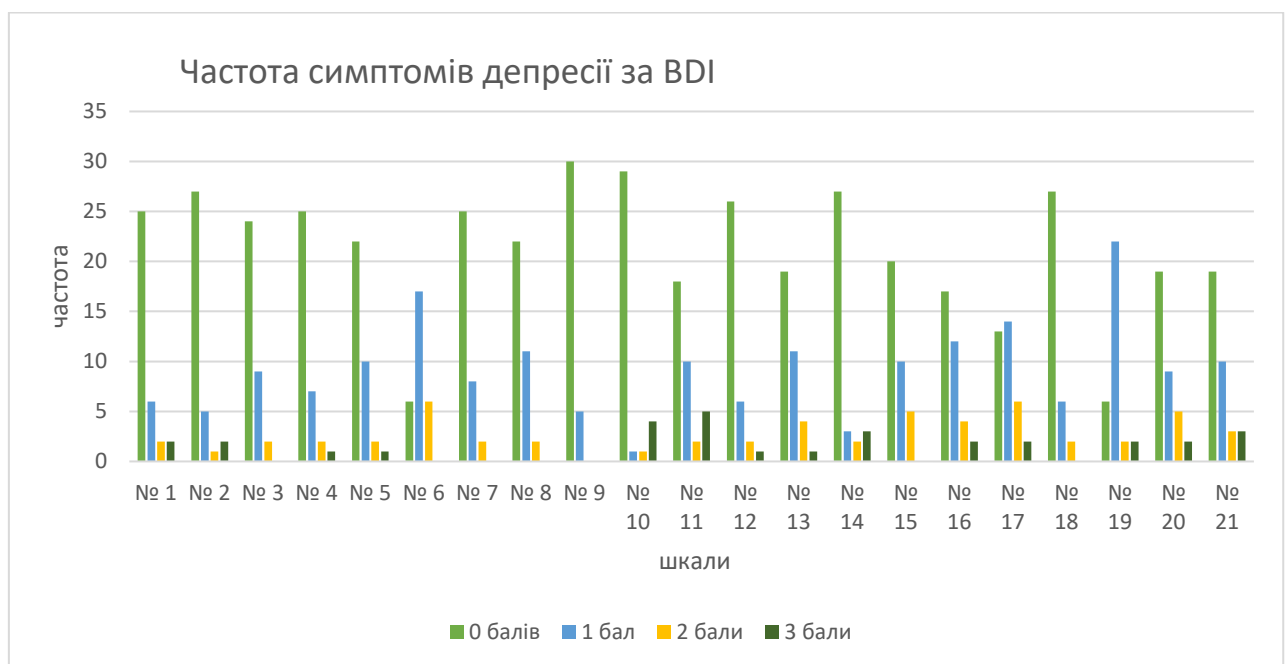


Рис. 1.6 Графік частоти симптомів депресії за BDI

Найпоширенішими симптомами легкого ступеня депресії серед пацієнтів є: втрата ваги (№ 19); відчуття, що буду покараний (№ 6); стомлюваність (№ 17); порушення сну (№ 16); ідеї самозвинувачення (№ 8), нерішучість (№ 13), дратівливість (№ 11) та зниження сексуальної активності (№ 21). Ці симптоми мають найвищу частоту прояву в досліджуваній вибірці.

Серед помірно важких (2 бали) ознак депресії виділяються: відчуття, що буду покараний (№ 6), стомлюваність (№ 17), втрата працездатності (№ 15) та охоплення тілесними відчуттями (№ 20).

З наростанням депресивної симптоматики найбільш вираженими (3 бали) стають такі прояви як: дратівливість (№ 11) та слізливість (№ 10).

Аналіз частоти симптомів депресії за даними PHQ-9 виявив, що деякі з пацієнтів протягом останніх двох тижнів майже щодня відчували симптоми втоми або занепаду сил (№ 4) та проблеми зі сном (№ 3) (Рис. 1.7).

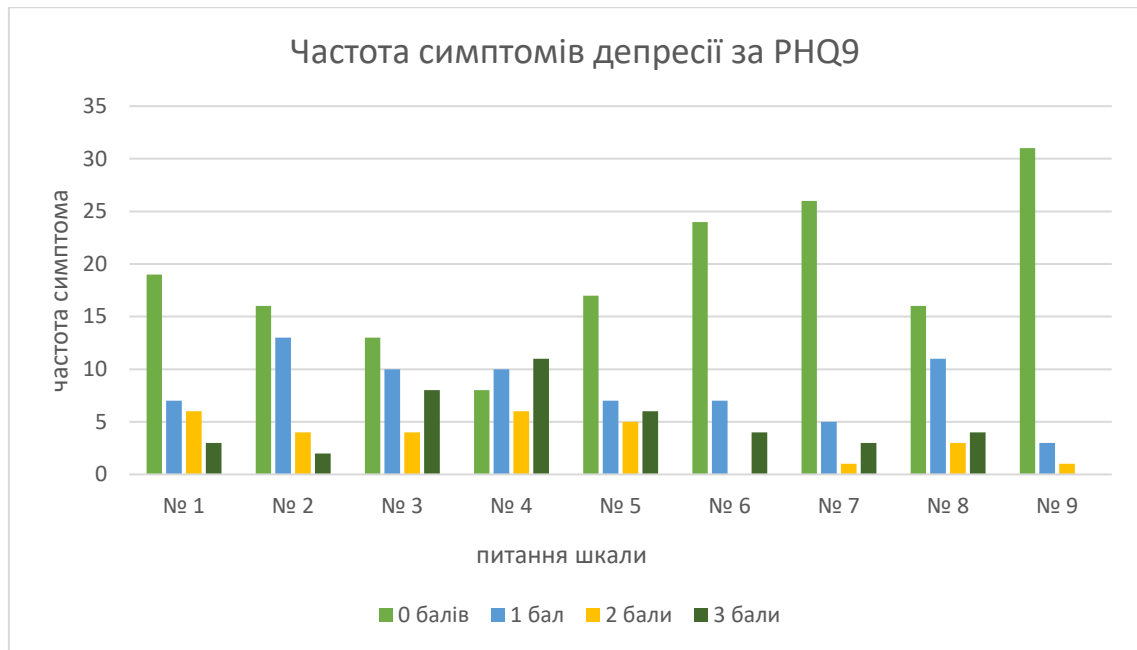


Рис. 1.7 Графік частоти симптомів депресії за PHQ-9

Інша частина пацієнтів більшу половину днів заданого періоду відчувала втому або занепад сил (№ 4), відсутність інтересу до подій (№ 1) та відсутність апетиту (№ 5).

У значної кількості пацієнтів такі депресивні симптоми, як почуття байдужості та пригніченості (№ 2), загальмованість або збудження (№ 8), проблеми зі сном (№ 3) та почуття втоми або занепад сил (№ 4) спостерігались лише декілька разів за останні 2 тижні.

Отже, найпоширенішими симптомами депресії у значної кількості пацієнтів вибірки за даними PHQ-9 були почуття втоми або занепад сил та порушення сну. Ці симптоми були присутні з різною частотою - від декількох днів до майже щоденно протягом останніх 2 тижнів.

Аналіз графіку частоти симптомів тривоги HADS (Рис. 1.8.) показує, що респонденти частіше повідомляють про тривожні симптоми низької інтенсивності (1 бал), проте серед вибірки є ті, хто відчуває виражену тривогу (2 і 3 бали). Найбільш вираженими симптомами тривоги є стан напруги або “заведений” стан (№ 1), який спостерігається у значної кількості респондентів із рівнем тривоги в 3 бали. Помірно виражені (2 бали) симптоми передчуття чогось страшного (№ 2) та неможливості розслабитися (№ 4). Таким чином, ці симптоми відображають різні рівні тривоги від сильної до помірної у вибірці.

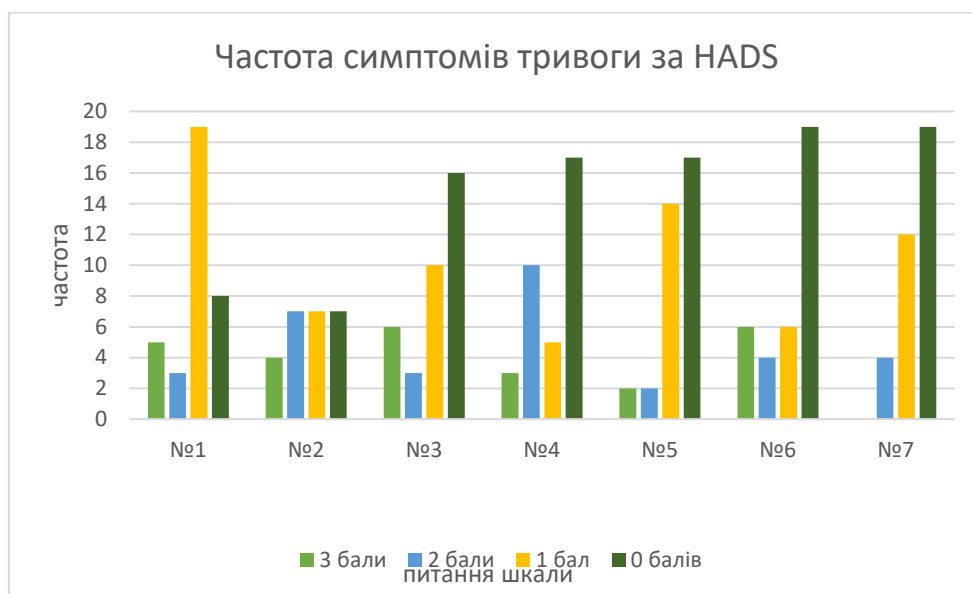


Рис.1.8. Графік частоти симптомів тривоги HADS

За графіком частоти симптомів депресії HADS видно, що у більшості респондентів відсутні або лише незначні депресивні прояви. Проте, є певна частина осіб, яких турбують помірні симптоми депресії, зокрема втрата інтересу до своєї зовнішності (№ 5), відчуття втрати сил (№ 3) та ангедонія (№ 7). Найбільш виражені симптоми депресії (3 бали) спостерігаються зрідка та стосуються песимістичних поглядів на майбутнє (№ 6) та ангедонії (Рис. 1.9).

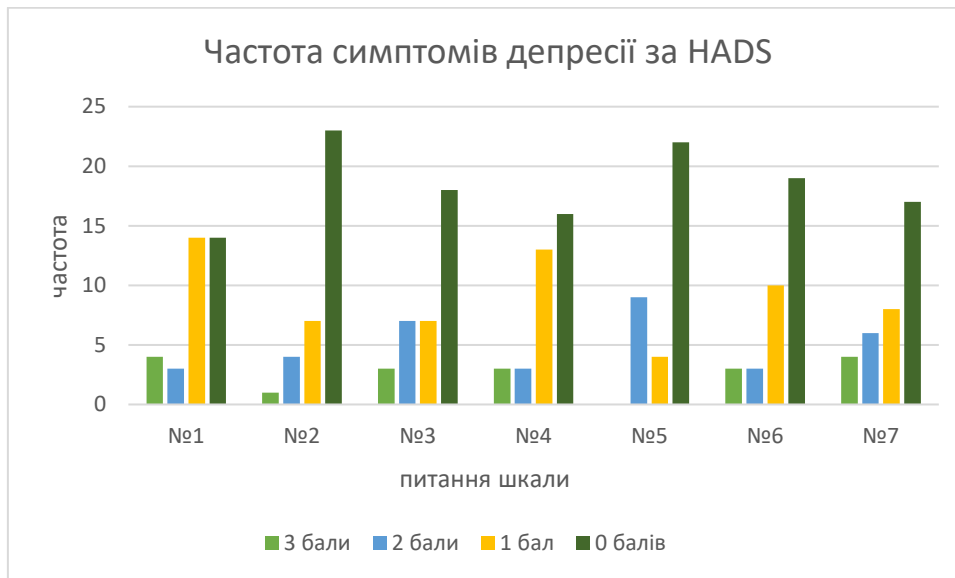


Рис. 1.9 Графік частоти симптомів депресії за HADS

Отже, наш аналіз показав, що втома, відчуття втрати сил та порушення сну є одними з найчастіших симптомів депресії серед вибірки ВІЛ-інфікованих пацієнтів, незалежно від використаної оцінювальної шкали. Важливими маркерами тяжких форм депресії можуть виступати такі симптоми, як ангедонія та песимістичні погляди на майбутнє. Отже, всі три опитувальники для оцінки депресії можуть виявляти різні симптоми та ступені їх вираженості, але всі разом вони допомагають сформувати цілісне уявлення про стан пацієнта.

У рамках нашого дослідження ми також провели кореляційний аналіз для оцінки узгодженості та розбіжності опитувальників BDI, PHQ-9 та HADS у вимірюванні депресивних симптомів.

BDI та PHQ-9: $r=0,86$

PHQ-9 та HADS (депресія): $r = 0,78$

BDI та HADS (депресія): $r = 0,75$

BDI та HADS (тривога): $r = 0,79$

HADS (тривога) та HADS (депресія): $r = 0,77$

PHQ-9 та HADS (тривога): $r = 0,76$

Кореляційний аналіз виявив дещо різний рівень узгодженості шкал, проте усі коефіцієнти кореляції належать до діапазону сильного зв'язку, оскільки $|r| \geq 0.7$. Так, найвища узгодженість спостерігається між BDI та PHQ-9, де коефіцієнт кореляції дорівнює 0,86. Отже, результати оцінки рівня депресії у цих опитувальників подібні.

Дещо меншу узгодженість продемонстрували PHQ-9 та субшкала депресії HADS, де коефіцієнт кореляції становить 0,78. Обидва опитувальника подібні у вимірюванні депресивних симптомів, проте можуть виявляти деякі відмінності.

Найменша узгодженість зафіксована між BDI та субшкалою депресії HADS, де коефіцієнт кореляції складає 0,75. Хоча цей коефіцієнт кореляції також свідчить про значну узгодженість, він є найменшим серед трьох пар, що вказує на можливі розбіжності у вимірюванні депресії цими інструментами.

Висновки до Розділу 2

У другому розділі було проведено емпіричне дослідження, спрямоване на діагностику депресивних розладів серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які перебувають на амбулаторному лікуванні. Для досягнення цієї мети були використані стандартизовані опитувальники: BDI, PHQ-9 та HADS.

Дослідження проведено на базі Комунального некомерційного підприємства “Черкаська міська консультативно-діагностична поліклініка”. Вибірка досліджуваних складалася з 35 осіб, серед яких 13 жінок і 22 чоловіки віком від 35 до 68 років. Середній вік жінок становив 45.8 ± 10.4 років, а чоловіків - 47 ± 5.7 років.

Аналіз даних за Опитувальником депресії Бека (BDI), Опитувальником стану здоров'я пацієнта (PHQ-9) та Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) показав наявність депресивних симптомів різної інтенсивності в значної кількості пацієнтів.

Так, за шкалою BDI середнє значення становить 12,43 балів, що відповідає легкому або помірному рівню депресії. Спостерігалася значна варіативність результатів серед пацієнтів: у 54% респондентів депресії не виявлено, у 17% спостерігалась легка депресія, у 14% - помірна депресія, в 12% пацієнтів виявлено ознаки тяжкої депресії.

За даними PHQ-9 середнє значення становить 7,29 балів, що також вказує на легкий рівень депресії. При цьому у 37% респондентів депресивні симптоми відсутні, тоді як у 34% респондентів діагностовано м'яку (легку) форму депресії, 9 % - помірну депресію, а 20% пацієнтів страждають на помірно-тяжку депресію.

Оцінка депресії за шкалою HADS виявила середній показник 5.34 балів, що відповідає легкому рівню депресії. У 67% респондентів не виявлено симптомів депресії, тоді як 15% потрапили до зони ризику виникнення депресії, а 18% з числа опитаних продемонстрували помірний ступінь депресії.

Найбільш поширеними симптомами депресії, які було виявлено серед респондентів за даними опитувальників BDI, PHQ-9 та HADS були знижений настрій, втома та порушення сну. Дані симптоми переважають серед легких випадків депресії та помітно посилюються у пацієнтів з важким її рівнем. Зокрема, за BDI найбільш вираженими симптомами стали дратівливість та плаксивість, тоді як за шкалою PHQ-9 - втомлюваність та проблеми зі сном. За шкалою HADS виявлено, що у деяких пацієнтів спостерігається депресія середньої тяжкості, зокрема з симптомами загальмованості, відсутністю мотивації та втратою інтересу до повсякденної діяльності. Також важливими маркерами більш тяжких форм депресії стали ангедонія, песимістичні погляди на майбутнє, тривожність та суїцидальні думки.

Аналіз кореляції між результатами різних опитувальників показав високу узгодженість між шкалами BDI та PHQ-9 (коефіцієнт кореляції 0,86), що вказує на схожість цих інструментів у вимірюванні депресивних симптомів. Значною виявилась кореляція між шкалою PHQ-9 та підшкалою депресії HADS (0,78), трохи меншою узгодженість між шкалами BDI та HADS

(0,75), що може вказувати на деякі розбіжності в підходах до оцінки депресії цими інструментами.

Різні результати, отримані за допомогою трьох опитувальників, можна пояснити специфікою кожного з них. BDI охоплює широкий спектр когнітивних, емоційних та фізичних симптомів, що призводить до діагностування вищих рівнів депресії. PHQ-9, який фокусується на основних симптомах депресії, таких як знижений настрій і порушення сну, показує дещо нижчі рівні депресії. HADS, яка призначена для оцінки тривоги та депресії у пацієнтів із соматичними захворюваннями, зосереджується на когнітивних та емоційних проявах, не враховуючи фізичних симптомів, що також впливає на загальні результати.

Результати дослідження підтвердили підвищений рівень депресивних розладів серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів, що вказує на необхідність проведення регулярної діагностики депресії у даної категорії пацієнтів. Враховуючи значну варіабельність симптомів та різну чутливість опитувальників, рекомендується комплексне використання кількох діагностичних інструментів для точнішої оцінки психічного стану пацієнтів та забезпечення індивідуального підходу до їх лікування та психологічного супроводу.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

3.1. Програма психологічного супроводу ВІЛ-інфікованих пацієнтів з депресивними розладами

На основі результатів дослідження визначено наступні ключові напрями психологічного супроводу ВІЛ-інфікованих пацієнтів із депресивними порушеннями:

- Подолання втоми та підвищення рівня енергії.
- Поліпшення якості сну.
- Управління емоціями та стабілізація настрою.
- Залучення до діяльності, що приносить радість та задоволення.
- Формування позитивного погляду на майбутнє, розвиток мотивації.
- Зниження тривожності та рівня стресу.
- Попередження суїцидальних думок та кризова підтримка.

Ці напрями супроводу забезпечать комплексний підхід до покращення психоемоційного стану та якості життя ВІЛ-інфікованих пацієнтів з депресією.

Для досягнення мети та реалізації завдань дослідження нами була розроблена короткострокова програма психологічного супроводу ВІЛ-інфікованих пацієнтів з депресією. Ця програма спрямована на покращення психологічного стану пацієнтів і базується на основних принципах психологічного супроводу, що включають індивідуальний підхід, підтримку прихильності до лікування, зниження самостигматизації та сприяння соціальній адаптації.

Програма побудована з урахуванням сучасних настанов з терапії депресивних розладів, зокрема рекомендацій NICE, які застосовують багаторівневий підхід до лікування [72]. Програма зосереджує увагу на психоосвіті, когнітивно-поведінковій терапії, соціальній підтримці та

профілактиці рецидиву, що відповідає сучасним стандартам та забезпечує комплексну підтримку пацієнта з депресією та ВІЛ-інфекцією під час лікування [67].

У таблиці 3.1 представлено структуру програми психологічного супроводу ВІЛ-інфікованих пацієнтів, яка детально описує етапи та методи роботи з пацієнтами, а також основні напрямки психосоціальної підтримки, які використовуються для поліпшення їхнього психологічного стану.

Пацієнтам, у яких за результатами опитувальників BDI та PHQ-9 було виявлено суїцидальні думки, було проведено кризове консультування та направлено до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу.

Таблиця 3.1

Програма психологічного супроводу ВІЛ-інфікованих пацієнтів з депресією

№	Тема	Мета	Зміст
1	Оцінка психологічного стану пацієнта	Визначити рівень депресії та тривоги, виявити основні психологічні проблеми пацієнта.	Оцінка інтенсивності симптомів депресії за BDI, PHQ-9, HADS. Розробка індивідуального плану втручання
2.	Психоосвіта	Допомогти пацієнту зрозуміти природу депресивних розладів та їх можливий зв'язок з ВІЛ-інфекцією.	Надання інформації про депресію та методи її лікування. Обговорення впливу ВІЛ-статусу на психологічний стан пацієнта, близькі стосунки та соціальне оточення.

	Використання матеріалів для самодопомоги	Надати пацієнту інструменти для самостійної роботи над своїм емоційним станом, підвищити його обізнаність про власні психічні процеси та сприяти розвитку навичок саморегуляції.	Ознайомлення з інструкцією для самодопомоги. Інструктаж щодо самостійного виконання вправ (КПТ, релаксація). Моніторинг використання та прогресу.
3.	Когнітивно-поведінкова терапія: робота з негативними переконаннями	Виявлення негативних автоматичних думок, що впливають на самосприйняття, самооцінку та стосунки з оточуючими.	Вправа “Щоденник думок”
4.	Робота з прийняттям ВІЛ-статусу та формування хорошої прихильності до лікування.	Допомогти пацієнту прийняти свій статус та знизити рівень стигми та самообвинувачення.	Обговорення почуттів, пов’язаних із ВІЛ-інфекцією за технікою “Прийняття”. Вправа: “Письмовий вираз емоцій”.

5.	Поведінкова активація	Відновлення активної участі у соціальному та професійному житті.	Вправа “Дихання на 4” Складання плану дій та мікроцілей на кожен день. Ведення щоденного графіка активностей.
6.	Соціальна підтримка та взаємостосунки	Покращення стосунків із близькими та зменшення соціальної ізоляції.	Вправа на розвиток навичок комунікації (активне слухання та вираження емоцій). Розвиток підтримувальних відносин: заохочення контактів із друзями та родичами, які можуть надати емоційну підтримку.
7.	Робота з професійними проблемами	Знизити тривожність та покращити адаптацію до роботи.	Аналіз проблем на роботі та розробка стратегії їх розв’язання.
8.	Профілактика рецидиву	Створити план для запобігання рецидиву депресії.	Складання плану дій при перших ознаках рецидиву. Вправа на відволікання (візуалізація нейтральних об’єктів).

9.	Робота з суїцидальними думками	Знизити ризик суїцидальної поведінки, надати пацієнту емоційну підтримку та навчити справлятися з кризовими станами.	Оцінка рівня суїцидального ризику (бесіда, опитувальники). Розробка кризового плану дій, запис контактів для звернення (психолог, близькі особи). Вправа “Безпечне місце”. Вправи на відволікання та зменшення тривожності (“Дихання на 4”, медитація). Техніка когнітивного дистанціювання та контролю суїцидальних думок.
----	--------------------------------	--	---

Розглянемо детально зміст окремих занять та їх ключові аспекти. Так, в ході першої зустрічі відбувається знайомство з пацієнтом, його історією хвороби та наявними скаргами. На цьому етапі важливо встановити комфортні для пацієнта, довірливі стосунки для отримання згоди на проведення діагностичного обстеження та подальшої плідної співпраці. За результатами діагностики спільно з пацієнтом розробляється план індивідуального втручання. Пацієнт залучений у процес прийняття рішень та відчуває контроль над своїм лікуванням, що підвищує його мотивацію до змін. Психолог, своєю чергою, враховує індивідуальні потреби пацієнта.

Друга зустріч спрямована на надання вичерпної, правдивої та доступної для розуміння пацієнта інформації про розлад, симптоми, причини, методи лікування та прогноз на майбутнє. Психолог відповідає на запитання пацієнта, що сприяє зниженню рівня тривоги депресивного хворого, зростанню довіри до лікування та сприяє активній участі пацієнта в процесі терапії.

Після другої зустрічі корисно запропонувати пацієнту друковані матеріали, які допоможуть йому краще зрозуміти симптоми депресивного розладу та

почати працювати над ними також самостійно (Додаток А.1). Такі матеріали можуть стати корисним інструментом додаткової підтримки та навчати пацієнта стратегій саморегуляції.

Третє заняття присвячене роботі з негативними переконаннями пацієнта. Під час вправи “Щоденник думок” (Додаток А.2) пацієнт записує ситуації, які викликають у нього емоційний дискомфорт (наприклад, обмеження через хворобу, конфлікти з близькими, стигматизація, труднощі на роботі, необхідність постійного прийняття ліків, приховування ВІЛ-статусу тощо). Пацієнт аналізує, що саме викликало негативні емоції, які автоматичні думки з’явилися в цих ситуаціях, які негативні переконання стоять за ними. Далі відбувається переформулювання, в ході якого фахівець допомагає пацієнтові знаходити більш раціональні та позитивні інтерпретації цих ситуацій, замінюючи автоматичні негативні думки на конструктивні переконання (Додаток А.3). Цей процес дозволить пацієнту краще усвідомити власні думки та емоції, а також навчить конструктивно реагувати на стресові ситуації.

Четверта зустріч спрямована на прийняття статусу ВІЛ-інфікованого та формування в пацієнта хорошої прихильності до лікування. Під час сесії доцільно обговорити почуття хворого, пов’язані із ВІЛ-інфекцією. Це сприятиме зменшенню внутрішнього опору та покращить емоційний стан пацієнта. Наприклад, якщо пацієнт уникає важких емоцій або чинить сильний опір їх прийняттю для полегшення стану хворого доцільно використати техніку “Прийняття” (Додаток А.4). Дана техніка допомагає пацієнтам усвідомити й прийняти свої почуття, емоції та думки, пов’язані з хворобою, а не намагатися уникати їх. Це дозволить зосередитися на тому, що вони дійсно можуть контролювати в цій ситуації, зокрема, вчасне приймання АРТ-препаратів. Якщо пацієнту складно озвучити свої емоції або він перебуває в сильному емоційному напруженні, можна запропонувати викласти думки та почуття на папері “Письмовий вираз емоцій”. Така вправа може виконуватись пацієнтом як на зустрічі з психологом, так і вдома самостійно.

На п'ятій зустрічі доцільно провести вправи з поведінкової активації. На початку сесії рекомендуємо зробити невеличку вправу для зниження тривоги та покращення емоційного стану “Дихання на 4”. Це допоможе пацієнтам заспокоїтися, зосередитися та налаштуватися на подальшу роботу. Складання планів дій на кожен день, зокрема, провести час з друзями чи виконати завдання на роботі, допоможе пацієнту знову активно включитися в повсякденне життя. Крім того, важливо вести щоденний графік активності (Додаток А.5), в якому пацієнт відзначає, як вдалося виконати заплановані дії та які емоції виникали після цього. Графік дозволяє відстежувати прогрес і вносити корективи в плани.

Шоста зустріч спрямована на покращення стосунків із близькими та зменшення соціальної ізоляції. Пропонуємо пацієнту потренуватися в активному слуханні та вираженні емоцій. Наприклад, терапевт може взяти на себе роль близької людини пацієнта, з якою є труднощі у спілкуванні, та використати уявну або життєву ситуацію. Пацієнт повинен навчитися слухати розмову без переривань, підтримувати зоровий контакт, ставити уточнювальні запитання. Наприкінці пацієнт має коротко передати суть викладеного та емоції співрозмовника. Також важливо навчити пацієнта ідентифікувати та проявляти власні емоції. Можна запропонувати обрати ситуацію з життя, де він був сповнений емоцій, але не зміг їх висловити. Пацієнт має спробувати відтворити цю ситуацію, висловлюючи свої емоції чітко та спокійно. Наприклад: “Мені було боляче, коли ти...” або “Я відчув злість та ненависть, коли...”. Ці вправи допоможуть краще розуміти почуття близьких людей та зменшать соціальну ізоляцію.

З метою розвитку підтримуючих стосунків можна спільно з пацієнтом проаналізувати поточні взаємовідносини з друзями, родичами, іншими важливими людьми, а також розробити конкретні дії до покращення або налагодження втрачених контактів. Завдяки цьому ізоляція хворого зменшиться та він зможе отримати емоційну підтримку від близьких людей.

Сьома зустріч присвячена важливому етапу роботи з депресивним пацієнтом, а саме відновленню його в професійній діяльності. Нашою метою є допомогти пацієнту визначити проблеми, з якими він зустрічається на роботі, усвідомити їх вплив на емоційний стан та настрій пацієнта та розробити конкретні заходи для покращення робочих стосунків та збільшення продуктивності праці.

Останні заняття доцільно присвятити профілактиці виникнення рецидиву депресії. Спільно з пацієнтом необхідно визначити критерії або симптоми, які будуть вказувати на погіршення стану (наприклад безсоння, тривожність, самоізоляція) та скласти план дій у цій ситуації. У плані детально описуються кроки, які потрібно здійснити для запобігання погіршення стану здоров'я. Корисно також навчити пацієнта роботи вправи на візуалізацію, що допоможуть відволіктися від нав'язливих деструктивних думок (Додаток А.6).

За низького ризику суїциду рекомендуємо подальший супровід пацієнтів з елементами кризової підтримки (кризовий план, методи саморегуляції), з регулярним моніторингом стану пацієнта (Додаток А.7). Якщо виявлені часті думки про суїцид із планами чи намірами необхідна термінова госпіталізація пацієнта до спеціалізованого закладу вторинної допомоги та інформування сім'ї або соціального оточення для надання підтримки.

Тривалість програми 8-12 тижнів з можливістю корекції тривалості залежно від стану та потреб пацієнта.

Висновки до розділу 3

Психологічний супровід ВІЛ-інфікованих пацієнтів з депресивними порушеннями має бути комплексним та повинен враховувати всі аспекти їх психічного та соціального добробуту: емоції, думки, поведінку та соціальні відносини тощо.

Розроблена короткострокова програма психологічного супроводу ВІЛ-інфікованих пацієнтів з депресивними порушеннями спрямована на

покращення їхнього психологічного стану, підтримку в адаптації до ВІЛ-статусу та зниження рівня самостигматизації. Програма базується на принципах індивідуального підходу, прихильності до лікування та психосоціальної підтримки, що відповідає сучасним стандартам терапії депресії, зокрема рекомендаціям NICE.

Структура програми передбачає 8-12 зустрічей та включає: оцінку психологічного стану пацієнтів, психоосвіту, вправи когнітивно-поведінкової терапії, домашні завдання для закріплення навичок та профілактику рецидиву. Кожна сесія зосереджена на окремих аспектах психічного здоров'я пацієнта, включаючи роботу з негативними переконаннями, поведінкову активацію, соціальну підтримку та прийняття діагнозу.

Очікуваним результатом програми є зниження рівня депресивних симптомів у пацієнтів, підвищення прихильності до лікування та розвиток стійких навичок саморегуляції та подолання емоційних труднощів, що сприяє загальному поліпшенню якості життя.

ВИСНОВКИ

Відповідно до предмету та мети роботи нами було проведено дослідження патопсихологічних ознак депресивних розладів у ВІЛ-інфікованих пацієнтів та розроблено модель психологічного супроводу при даних порушеннях. На основі отриманих результатів дослідження можна зробити кілька ключових висновків.

1. Теоретичний аналіз сучасної наукової літератури показав, що депресія є поширеним захворюванням, насамперед, серед ВІЛ-інфікованих осіб, що суттєво погіршує якість їхнього життя. На перебіг депресивних розладів у цій групі пацієнтів впливають соціальні, психологічні та біологічні фактори. Депресія проявляється складністю симптомів, які включають тривожність, ангедонію, когнітивні порушення та психосоціальні фактори, що впливають на прихильність до лікування та загальний стан здоров'я. Симптоми депресивних порушень можуть варіювати від легких до важких, що підкреслює необхідність використання декількох підходів до діагностики та терапії цих розладів.

2. Емпіричний етап дослідження був проведений у Черкаській міській консультативно-діагностичній поліклініці та мав на меті оцінити депресивні симптоми у вибірці з 35 ВІЛ-інфікованих пацієнтів за допомогою стандартизованих опитувальників BDI, PHQ-9 та HADS. Аналіз підтвердив поширеність депресивних розладів серед ВІЛ-інфікованих пацієнтів та наявність у респондентів депресивної симптоматики різної інтенсивності.

3. Дослідження продемонструвало різну чутливість опитувальників до симптомів депресії. Так, BDI виявився ефективнішим до діагностики помірних і тяжких депресивних розладів, тоді як PHQ-9 виявився більш чутливим до діагностики легких та помірних рівнів симптоматики. HADS виявив найменшу чутливість до легких симптомів депресії та ефективніше виявляв депресію, що не пов'язана з соматичними проявами. Спостерігалася також висока кореляція між результатами опитувальників, що свідчить про їх взаємодоповнюваність

та доводить необхідність застосування кількох діагностичних інструментів для точнішого скринінгу депресивних розладів у ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

4. На основі отриманих даних було розроблено програму психологічного супроводу для ВІЛ-інфікованих пацієнтів з депресивними порушеннями. Програма включає регулярний скринінг за допомогою декількох інструментів (BDI, PHQ-9), надання психотерапевтичної підтримки, спрямованої на підвищення прихильності до лікування та покращення психоемоційного стану. До програми психологічного супроводу було включено елементи психоосвіти, когнітивно-поведінкової терапії, профілактики рецидиву, а також рекомендації щодо соціальної підтримки пацієнтів. Особливу увагу приділено технікам зниження самостигматизації, розвитку навичок саморегуляції та соціальної адаптації, що дозволяє поліпшити психоемоційний стан пацієнтів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баришева О. І., Муштай Н. В. Особливості психологічної допомоги ВІЛ/СНІД-інфікованим особам // Актуальні проблеми психології: зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. 2010. Т. 7, вип. 24. С. 5–15.
2. Бобирьов В. М., Скрипніков А. М., Телюков О. С. Афективні розлади: клінічний та психофармакологічний аспекти [Текст]: навч.-метод. посіб. для лікарів-інтернів, магістрантів, клін. ординаторів та аспірантів за фахом “психіатрія“. Полтава: Дивосвіт, 2014. 133 с.
3. Бортнікова О. Г., Охріменко І. М., Тодорова І. С. Особливості вияву депресивних станів у різних вікових груп // Соціально-правові студії. 2021. Вип. 1 (11). С. 163–172. DOI: 10.32518/2617-4162-2021-1-163-172.
4. Бурлачук Л. Ф. Методика Плями Роршаха: методичний посібник. Київ: ОС Україна, 2010. 125 с.
5. Бурчинський С. Г., Бачинська Н. Ю. Депресії та когнітивні порушення: можливості комбінованої терапії // НейроNews. 2021. № 3 (124). С. 23–27.
6. Бурчинський С. Г. Депресія, тривога і порушення сну: як вийти із замкненого кола // Міжнародний неврологічний журнал. 2022. Т. 18, № 3. DOI: 10.22141/2224-0713.18.3.2022.950.
7. Велика О., Волосевич І., Савчук Д. Дослідження психопатологічної симптоматики в осіб, що живуть з ВІЛ та її вплив на прихильність до лікування. Київ: ТОВ “Інфо Сапієнс“, 2019. URL: <https://phc.org.ua/> (дата звернення: 20.10.2024).
8. Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейське регіональне бюро. STEPS: поширеність факторів ризику неінфекційних захворювань. Україна 2019. Європейське регіональне бюро, 2020. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/336643>.

9. Гапон А. С. Соматизована депресія: медико-психологічний супровід // Психосоматична медицина та загальна практика. 2023. Т. 8, № 2. DOI: 10.26766/pmgrp.v8i2.432.
10. Громадська онлайн бібліотека Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії. Анкета здоров'я пацієнта (PHQ-9). URL: <https://i-cbt.org.ua/> (дата звернення: 15.09.2024).
11. Запорожан В. М., Аряєв М. Л. ВІЛ-інфекція і СНІД: 2-е вид. перероб. і доп. Київ: Здоров'я, 2004. 636 с.
12. Колядко С. П. Патопсихологічна діагностика // Державна установа “Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України“. URL: <https://inpn.org.ua/methods/25>.
13. Корнієнко В. Система психологічного супроводу процесу розвитку реабілітаційного потенціалу особистості // Теоретичні і прикладні проблеми психології. 2021. № 56. С. 106-116. DOI: 10.33216/2219-2654-2021-56-3-3-106-116.
14. Кривенко В. І., Качан І. С., Пахомова С. П., Федорова О. П., Колесник М. Ю., Непрядкіна І. В., Грінченко Т. Ю. Якість життя та прихильність до лікування в клініці внутрішніх хвороб: навч. посіб. Запоріжжя, 2015. 80 с. URL: <http://dspace.zsmu.edu.ua/handle/123456789/940>.
15. Круглова Н. Теоретичні засади дослідження сутності депресії та депресивних станів і їх психологічних проявів // Проблеми сучасної психології: зб. наук. пр. 2020. № 49. С. 202–223. DOI: 10.32626/2227-6246.2020-49.202-223.
16. Лікування та ведення дорослих пацієнтів із депресією // НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія. 2022. № 9–10 (137). С. 28–43. Підготував Д. Соколовський. URL: [https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2022/9-10\(137\)/nn22_9-10_28-43.pdf](https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2022/9-10(137)/nn22_9-10_28-43.pdf).

17. Лунов В. Тест Роршаха. Перцептуальна діагностика. Основні правила інтерпретації. Рекомендації до практичного заняття. Київ: БДМУ, 2022. URL: <https://www.researchgate.net/publication/364165414>.
18. Медична газета “Здоров’я України“. Коротка шкала оцінки психічного статусу (Mini Mental State Examination, MMSE) // Неврологія, психіатрія, психотерапія. 2015. № 1 (32). URL: <https://health-ua.com/article/14455>.
19. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії : Наказ МОЗ України від 25.12.2014 № 1003. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1003282-14> (дата звернення: 13.07.2024).
20. Мушкевич М. І. Поняття супроводу у сучасній психологічній науці // Проблеми загальної та педагогічної психології. 2011. Т. 13, серія 1. С. 287–294.
21. Напрєєнко О. К., Логановська Т. К., Логановський К. М. Депресія: історичний нарис, походження, діагностика та лікування // Антропологія. 2019. Вип. 4. С. 52–60.
22. Нікітчук У. І. Психометричні властивості української версії опитувальника депресії А. Бека (BDI-I) на студентській вибірці // Psychological Journal. 2020. Т. 6, № 11. С. 43. DOI: 10.31108/1.2020.6.11.
23. Орос М. М., Тодавчич О. В. Нейробиологічні основи депресії та тривожного розладу: принципи консервативного лікування // НейроNews. 2019. Вип. 10 (111). С. 18–22.
24. Петюніна О. В., Копиця М. П. Мозковий нейротрофічний фактор та його поліморфізм Val66Met (rs6265). Значення для серцево-судинної системи // Український терапевтичний журнал. 2020. № 2. С. 52–58. DOI: 10.30978/UTJ2020-2-52.
25. Підлубний В. Л., Хоміцький М. Є. Сучасний стан проблеми діагностики та терапії депресивних розладів (огляд літератури) // Запорізький медичний журнал. 2024. Т. 26, № 1. С. 7–83.

26. Пітулей В. В. Постковідна депресія: діагностика та способи подолання // Прикарпатський вісник Наукового товариства імені Шевченка. Пульс. 2021–2022. Вип. 16–17 (61–62). С. 93–99. DOI: 10.21802/2304-7437-2021-2022-16-17(61-62)-93-99.
27. Пфайфер С. Депресія: хвороба сучасності / пер. з нім. О. Кушніков. — Львів: Свічадо, 2017. - 88 с. - ISBN 978-966-938-055-5.
28. Хаустова О. Тривожно-депресивні розлади в умовах дистресу війни в Україні // Медична газета “Здоров’я України“. 2022. № 4. С. 63. URL: https://health-ua.com/newspaper/tn_nevro_psihologiya_psihoteraoiya/71658.
29. Чабан О. С., Хаустова О. О. Практична психосоматика: діагностичні шкали: навч. посіб. Київ: Медкнига, 2019. ISBN 978-966-1597-65-4.
30. Шаповалов В. А. Тематичної апперцепції тест: методичний посібник. Київ: Освіта України, 2015. 80 с.
31. Шаповалов В. А. Тематичної апперцепції тест: протокол досліджень до короткого методичного посібника “Тематичної апперцепції тест“. Київ: Освіта України, 2015. 42 с.
32. Шаповалов В. О. Особливості використання тесту тематичної апперцепції для підготовки фахівців-психодіагностів // У: Давиденко Г. В. (ред.). Психологія розвитку особистості: теорія і практика. Вінниця: Нілан-ЛТД, 2017. С. 235–238.
33. Шкарлатюк К. І. Патопсихологія: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 155 с.
34. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. URL: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
35. Aronow E., Weiss K. A., Reznikoff M. A Practical Guide to the Thematic Apperception Test. New York: Routledge, 2013. 132 p. ISBN 9781135062200.
36. Beck A. T., Rush A. J., Shaw B. F., Emery G. Cognitive Therapy of Depression. New York: Guilford Press, 1979. 425 p.

37. Bjelland I., Dahl A. A., Haug T. T., Neckelmann D. The Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An Updated Literature Review // *Journal of Psychosomatic Research*. 2002. Vol. 52, No. 2. P. 69–77. DOI: 10.1016/S0022-3999(01)00296-3.
38. Bower G. Mood and Memory // *American Psychologist*. 1981. Vol. 36, No. 2. P. 129–148. DOI: 10.1037/0003-066X.36.2.129.
39. Bourin M. History of Depression Through the Ages // *Journal of Psychology*. 2020. DOI: 10.17352/2455-5460.000045.
40. Bueno-Antequera J., Munguía-Izquierdo D. Exercise and Depressive Disorder // In: Xiao J. (Ed.). *Physical Exercise for Human Health*. Vol. 1228. Singapore: Springer, 2020. P. 237–246. DOI: 10.1007/978-981-15-1792-1_18.
41. Burton, R. *The Anatomy of Melancholy*. New York: NYRB Classics, 2001. 1392 p. ISBN 978-0-9403-2266-0.
42. Butcher J. N., Williams C. L. Personality Assessment with the MMPI-2: Historical Roots, International Adaptations, and Current Challenges // *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2009. Vol. 1, No. 1. P. 105–135. DOI: 10.1111/j.1758-0854.2008.01007.x.
43. Cameron I. M., Crawford J. R., Lawton K., Reid I. C. Psychometric Comparison of PHQ-9 and HADS for Measuring Depression Severity in Primary Care // *British Journal of General Practice*. 2008. Vol. 58, No. 546. P. 32–36. DOI: 10.3399/bjgp08X263794.
44. Carrozzino D., Patierno C., Fava G. A., Guidi J. The Hamilton Rating Scales for Depression: A Critical Review of Clinimetric Properties of Different Versions // *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2020. Vol. 89, No. 3. P. 133–150. DOI: 10.1159/000506879.
45. Centers for Disease Control and Prevention. HIV Prevention in the United States: New Opportunities, New Expectations. National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention, Division of HIV/AIDS Prevention. December 2015. URL: <https://www.cdc.gov/nchstp>.

46. Demyttenaere K., Jaspers L. Trends in (Not) Using Scales in Major Depression: A Categorization and Clinical Orientation // *European Psychiatry*. 2020. Vol. 63, No. 1. e91. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2020.87.
47. Evans-Lacko S., Aguilar-Gaxiola S., Al-Hamzawi A. Socio-economic Variations in the Mental Health Treatment Gap for People with Anxiety, Mood, and Substance Use Disorders // *Psychological Medicine*. 2018. Vol. 48, No. 9. P. 1560–1571. DOI: 10.1017/S0033291717003336.
48. Ford B. Q., Gross J. J. Emotion Regulation: Why Beliefs Matter // *Canadian Psychology*. 2018. Vol. 59, No. 1. P. 1–14. DOI: 10.1037/cap0000142. (93)
49. Ford B. Q., Gross J. J. Why Beliefs About Emotion Matter: An Emotion-Regulation Perspective // *Current Directions in Psychological Science*. 2019. Vol. 28, No. 1. P. 74–81. DOI: 10.1177/0963721418806697.
50. Ford J., Thomas F., Byng R., McCabe R. Use of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) in Practice: Interactions Between Patients and Physicians // *Qualitative Health Research*. 2020. Vol. 30, No. 13. P. 2146–2159. DOI: 10.1177/1049732320924625.
51. Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R. “Mini-mental state“. A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician // *Journal of Psychiatric Research*. 1975. Vol. 12, No. 3. P. 189–198. DOI: 10.1016/0022-3956(75)90026-6. (80)
52. Fried E. I., Flake J. K., Robinaugh D. J. Revisiting the Theoretical and Methodological Foundations of Depression Measurement // *Nature Reviews Psychology*. 2022. Vol. 1, No. 6. P. 358–368. DOI: 10.1038/s44159-022-00050-2.
53. Gaebel W., Stricker J., Kerst A. Changes from ICD-10 to ICD-11 and Future Directions in Psychiatric Classification // *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2020. Vol. 22, No. 1. P. 7–15. DOI: 10.31887/DCNS.2020.22.1/wgaebel.
54. Gonzalez J. S., Batchelder A. W., Psaros C., Safren S. A. Depression and HIV/AIDS Treatment Nonadherence: A Review and Meta-analysis // *Journal*

- of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 2011. Vol. 58, No. 2. P. 181–187. DOI: 10.1097/QAI.0b013e31822d490a.
55. Gunver M. G., Senocak M., Ilhan R. et al. A Way to Increase the Sensitivity and Specificity of the Hamilton Depression and Anxiety Scales // *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2021. Vol. 31, No. 3. P. 292–302. DOI: 10.5152/pcp.2021.21386.
 56. Henrich G., Herschbach P. Questions on Life Satisfaction (FLZM) – A Short Questionnaire for Assessing Subjective Quality of Life // *European Journal of Psychological Assessment*. 2000. Vol. 16, No. 3. P. 150–159. DOI: 10.1027//1015-5759.16.3.150.
 57. Hobkirk A., Towe S. L., Meade C. Primary and Secondary HIV Prevention Among Persons with Severe Mental Illness: Recent Findings // *Current HIV/AIDS Reports*. 2015. Vol. 12, No. 4. P. 406–412. DOI: 10.1007/s11904-015-0294-4.
 58. Hofmann A. B., Schmid H. M., Jabat M. et al. Utility and Validity of the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) as a Transdiagnostic Scale // *Psychiatry Research*. 2022. Vol. 314, Article 114659. DOI: 10.1016/j.psychres.2022.114659.
 59. Horwitz A. V., Wakefield J. C., Lorenzo-Luaces L. History of Depression // In: *Oxford Handbook of Depression and Comorbidity*. 2016. P. 11–23. DOI: 10.1093/oxfordhb/9780199973965.013.2.
 60. Ingram R., Ritter J. Vulnerability to Depression: Cognitive Reactivity and Parental Bonding in High-Risk Individuals // *Journal of Abnormal Psychology*. 2000. Vol. 109, No. 4. P. 588–596. DOI: 10.1037//0021-843X.109.4.588.
 61. Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Health Data Exchange (GHDx) [Electronic resource]. URL: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results>.
 62. Johnston T. E., Petrova K., Mehta A., Gross J. J., McEvoy P., Preece D. A. The Role of Emotion Beliefs in Depression, Anxiety, and Stress // *Australian*

- Psychologist. 2024. Vol. 59, No. 4. P. 367–376. DOI: 10.1080/00050067.2023.2290734.
63. Koenig L. J., Khurana N., Islam M. H. et al. Closing the Gaps in the Continuum of Depression Care for Persons with HIV: Modeling the Impact on Viral Suppression in the United States // AIDS. 2023. Vol. 37, No. 7. P. 1147–1156. DOI: 10.1097/QAD.0000000000003536.
 64. Kroenke K., Spitzer R. L., Williams J. B. W. The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure // Journal of General Internal Medicine. 2001. Vol. 16, No. 9. P. 606–613. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
 65. LeMoult J., Gotlib I. H. Depression: A Cognitive Perspective // Clinical Psychology Review. 2019. Vol. 69. P. 51–66. DOI: 10.1016/j.cpr.2018.06.008.
 66. Leon A. C., Olfson M., Portera L., Farber L., Sheehan D. V. Assessing Psychiatric Impairment in Primary Care with the Sheehan Disability Scale // International Journal of Psychiatry in Medicine. 1997. Vol. 27, No. 2. P. 93–105. DOI: 10.2190/T8EM-C8YH-373N-1UWD.
 67. Maunder L., Cameron L. Depression and Low Mood / with contributions from Meares K. Cumbria, Northumberland, Tyne and Wear NHS Foundation Trust, 2024. 21 p. URL: <https://selfhelp.cntw.nhs.uk/self-help-guides/depression-and-low-mood/print/718> (дата звернення: 15.09.2024).
 68. Miloyan B., Eaton W. W. The Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Scale // Encyclopedia of Gerontology and Population Aging. 2022. Pp. 5023–5027. DOI: 10.1007/978-3-030-22009-9_416.
 69. Morosini P. L., Magliano L., Brambilla L., Ugolini S., Pioli R. Development, Reliability, and Acceptability of a New Version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to Assess Routine Social Functioning // Acta Psychiatrica Scandinavica. 2000. Vol. 101, No. 4. P. 323–329. DOI: 10.1034/j.1600-0447.2000.101004323.x.
 70. Nakagawa F., Lodwick R. K., Smith C. J., Smith R., Cambiano V., Lundgren J. D., Delpech V., Phillips A. N. Projected Life Expectancy of People with HIV

- According to Timing of Diagnosis // AIDS. 2012. Vol. 26, No. 3. P. 335–343. DOI: 10.1097/QAD.0b013e32834dcec9.
71. National Health Service (NHS). Depression in Adults: Symptoms. 5 July 2023. URL: <https://www.nhs.uk/mental-health/conditions/depression-in-adults/symptoms/> (дата звернення: 15.09.2024).
 72. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in Adults: Treatment and Management. NICE guideline [NG222]. Published: 29 June 2022. URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>.
 73. Necho M., Zenebe Y., Tiruneh C., Ayano G., Yimam B. The Global Landscape of the Burden of Depressive Symptoms/Major Depression in Individuals Living with HIV/AIDS and Its Effect on Antiretroviral Medication Adherence // Frontiers in Psychiatry. 2022. Vol. 13, Article 814360. DOI: 10.3389/fpsyt.2022.814360.
 74. Negeri, Z. F., Levis, B., Sun, Y., He, C., Krishnan, A., Wu, Y., Bhandari, P. M., Neupane, D., Brehaut, E., Benedetti, A., Thombs, B. D.; Depression Screening Data (DEPRESSD) PHQ Group. Accuracy of the Patient Health Questionnaire-9 for screening to detect major depression: updated systematic review and individual participant data meta-analysis // BMJ. 2021. Vol. 375, Article n2183. DOI: 10.1136/bmj.n2183.
 75. Overall J. E., Gorham D. R. The Brief Psychiatric Rating Scale // Psychological Reports. 1962. Vol. 10. P. 799–812. DOI: 10.2466/pr0.1962.10.3.799.
 76. Palmieri A., Kleinbub J. R., Mannarini S., Molinaro S., Castriotta C., Scocco P. Rorschach Assessment in Suicide Survivors: Focus on Suicidal Ideation // Frontiers in Public Health. 2019. Vol. 6, Article 382. DOI: 10.3389/fpubh.2018.00382.
 77. Poutanen O., Koivisto A.-M., Kääriä S., Salokangas R. K. R. The Validity of the Depression Scale (DEPS) to Assess the Severity of Depression in Primary Care Patients // Family Practice. 2010. Vol. 27, No. 5. P. 527–534. DOI: 10.1093/fampra/cmq040.

78. Psychological Assessment Resources (PAR). MMSE-2® Mini-Mental State Examination, 2nd Edition™. PAR, Inc. URL: <https://www.parinc.com/products/MMSE-2> (дата звернення: 14.08.2024).
79. Reed G. M., First M. B., Kogan C. S. et al. Innovations and Changes in the ICD-11 Classification of Mental, Behavioural and Neurodevelopmental Disorders // *World Psychiatry*. 2019. Vol. 18, No. 1. P. 1–116. DOI: 10.1002/wps.2061.
80. Remes O., Mendes J. F., Templeton P. Biological, Psychological, and Social Determinants of Depression: A Review of Recent Literature // *Brain Sciences*. 2021. Vol. 11, No. 12. P. 1633. DOI: 10.3390/brainsci11121633.
81. Remien R. H., Stirratt M. J., Nguyen N. et al. Mental Health and HIV/AIDS: The Need for an Integrated Response // *AIDS*. 2019. Vol. 33, No. 9. P. 1411–1420. DOI: 10.1097/QAD.0000000000002227.
82. Rush A. J., Trivedi M. H., Ibrahim H. M. et al. The 16-Item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), Clinician Rating (QIDS-C), and Self-Report (QIDS-SR): A Psychometric Evaluation in Patients with Chronic Major Depression // *Biological Psychiatry*. 2003. Vol. 54, No. 5. P. 573–583. DOI: 10.1016/S0006-3223(02)01866-8.
83. Teasdale J. D. Cognitive Vulnerability to Persistent Depression // *Cognition and Emotion*. 1988. Vol. 2, No. 3. P. 247–274. DOI: 10.1080/02699938808410927.
84. Telbizova T. I. Specifics and Dynamics of Pain Symptoms and Experiences in Patients with Depression: Summary of Dissertation for Conferment of Scientific and Educational Degree of “Doctor“ in “Psychiatry“. Varna: Medical University “Prof. Dr. Paraskev Stoyanov“, 2021. URL: <http://repository.mu-varna.bg/handle/nls/1236>.
85. Titov N., Dear B. F., McMillan D. et al. Psychometric Comparison of the PHQ-9 and BDI-II for Measuring Response During Treatment of Depression // *Cognitive Behaviour Therapy*. 2011. Vol. 40, No. 2. P. 126–136. DOI: 10.1080/16506073.2010.550059.

86. University of Minnesota Press. MMPI-2 Training Slides. Regents of the University of Minnesota. URL: <https://www.upress.umn.edu/test-division/mmpi-2> (дата звернення: 02.09.2024).
87. University of Washington. Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2). National HIV Curriculum. URL: <https://www.hiv.uw.edu/page/mental-health-screening/phq-2> (дата звернення: 13.10.2024).
88. US Preventive Services Task Force. Screening for Depression and Suicide Risk in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement // JAMA. 2023. Vol. 329, No. 23. P. 2057–2067. DOI: 10.1001/jama.2023.9297.
89. World Health Organization. Depression. World Health Organization. URL: https://www.who.int/health-topics/depression/#tab=tab_1 (дата звернення: 10.08.2024).
90. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10) - WHO Version for 2016. World Health Organization. URL: <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/V> (дата звернення: 12.08.2024).
91. World Health Organization. WHO Releases New International Classification of Diseases (ICD-11). 2018. URL: [https://www.who.int/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11)) (дата звернення: 15.07.2024).
92. World Health Organization. ICD-11 Coding Tool. URL: <https://icd.who.int/en> (дата звернення: 04.08.2024).
93. World Health Organization. Global Health Sector Strategies on HIV, Viral Hepatitis and Sexually Transmitted Infections for the Period 2022-2030. Geneva: World Health Organization, 2022. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053779>.
94. Woody C. A., Ferrari A. J., Siskind D. J. et al. A Systematic Review and Meta-regression of the Prevalence and Incidence of Perinatal Depression // Journal of Affective Disorders. 2017. Vol. 219. P. 86–92. DOI: 10.1016/j.jad.2017.05.003.

95. Yotebieng M., Zotova N., Bernard C. et al. Accuracy of Nine-Item Patient Health Questionnaire Against Psychiatric Diagnosis for Depression Among People with HIV // AIDS. 2024. Vol. 38, No. 12. P. 1765–1773. DOI: 10.1097/QAD.0000000000003963.
96. Young R. C., Biggs J. T., Ziegler V. E., Meyer D. A. A Rating Scale for Mania: Reliability, Validity and Sensitivity // British Journal of Psychiatry. 1978. Vol. 133, No. 5. P. 429–435. DOI: 10.1192/bjp.133.5.429.
97. Zhan S., Ouyang F., Zhai W., Yang H. Prevalence of Mental Disorders Among Young People Living with HIV: A Systematic Review and Meta-analysis // Frontiers in Public Health. 2024. Vol. 12, Article 1392872. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1392872.
98. Zubatiuk O., Pyliagina G. Impairment of Emotion Control and Social Functioning in Psychoses with Depressive-Paranoid Symptoms // PMGP [Internet]. 2018. Vol. 3, No. 3. Article e030388. URL: <https://e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/88>.

ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ САМОДОПОМОГИ:

ЯК ВПОРАТИСЯ З ДЕПРЕСІЄЮ ЛЮДЯМ, ЩО ЖИВУТЬ З ВІЛ

1. ВСТУП

Ця інструкція створена спеціально для людей, що живуть з ВІЛ і мають депресивні розлади. Вона містить ефективні методи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), які допоможуть зрозуміти депресію і самостійно працювати з симптомами. Інструкція включає практичні вправи для повсякденного використання.

▪ *ЩО ТАКЕ ДЕПРЕСІЯ?*

Депресія – це поширений психічний розлад, який може виникнути в кожного з нас у різні моменти життя. Вона супроводжується почуттями смутку, тривоги, відчуттям порожнечі, і може значно погіршити якість життя. Для ВІЛ-інфікованих людей депресія часто обумовлена складнощами прийняття діагнозу, соціальною ізоляцією та іншими проблемами.

▪ *ЯК КОРИСТУВАТИСЬ ЦИМ ПОСІБНИКОМ*

Інструкція включає кілька розділів, що містять інформацію, вправи та практичні поради. Зосереджуйтесь на окремих вправах або техніках, які підходять саме вам. Рекомендується проходити їх поступово, виконуючи завдання щодня.

2. ОЗНАКИ ТА СИМПТОМИ ДЕПРЕСІЇ

(позначте ті, які ви відчуваєте протягом останніх двох тижнів)

▪ <i>ЕМОЦІЇ ТА ПОЧУТТЯ</i>	
Смуток, провина, тривога або спустошеність	
Втрата інтересу чи задоволення від занять, які раніше подобались.	
Постійні сльози або навпаки, неможливість заплакати навіть під час сумних подій	
Відчуття самотності, навіть коли ви перебуваєте серед людей.	
Роздратованість та гнів через дрібниці.	

▪ ФІЗИЧНІ ЧИ ТІЛЕСНІ ОЗНАКИ	
Постійна втома.	
Відсутність енергії.	
Неспокій, почуття тривоги або напруги.	
Проблеми зі сном, ранні пробудження	
Найгірше самопочуття зранку.	
▪ ДУМКИ	
Невпевненість у собі.	
Постійні негативні або сумні думки, очікування поганого	
Відчуття безнадії	
Ненавість до себе	
Проблеми з пам'яттю або концентрацією уваги	
Думки про самогубство	
▪ ПОВЕДІНКА	
Важкість прийняття рішень	
Відсутність мотивації для виконання повсякденних завдань	
Відкладання справ на потім	
Втрата інтересу до колишніх захоплень	
Уникання спілкування з людьми	

Якщо Ви відзначили більшість з цих ознак, можливо, у Вас депресія.

▪ ЩО ВИКЛИКАЄ ДЕПРЕСІЮ?

Депресія може виникати з різних причин для кожної людини. Це можуть бути життєві труднощі, такі як драматичні події, втрати, тяжкі хвороби або інвалідність, самотність, проблеми в стосунках, фінансові складнощі тощо.

Проте це не обов'язково. Деякі люди більш схильні до розвитку депресії через важку сімейну історію, риси особистості або біохімічні процеси в організмі. Іноді причини можуть бути зовсім неочевидними.

Незалежно від причин депресії, існують способи, які можуть допомогти. Лікування також може бути різним для кожної людини. Декому потрібні ліки, іншим – зміни в житті. Для когось важливо підвищити його активність, а інші можуть почуватися краще від зміни напрямку думок. Іноді необхідно поєднувати ці методи.

3. ЯК ЛІКУЄТЬСЯ ДЕПРЕСІЯ?

- Самодопомога
- Антидепресанти
- Психотерапія

При легкій депресії сімейний лікар може порекомендувати самодопомогу, антидепресанти або обидва варіанти. При середній та важкій депресії варто звернутися до лікаря-психіатра для призначення лікування антидепресантами та курсу психотерапії. Антидепресанти зазвичай починають діяти через 2-4 тижні, і важливо не припиняти їх прийом без рекомендації лікаря

4. КОРИСНІ ВПРАВИ ДЛЯ САМОДОПОМОГИ

Ваші думки, почуття та поведінка тісно пов'язані. Коли ви відчуваєте пригніченість, це може впливати на ваші думки та дії. Але зміна способу мислення та поведінки допоможе поступово полегшити симптоми депресії.

1) Збільшення фізичної активності

Доведено, що фізична активність допомагає подолати депресію. У деяких випадках фізичні вправи працюють не гірше антидепресантів.

Що може допомогти:

- складіть список справ на день
- спілкуйтеся з людьми
- включайтеся в діяльність
- робіть фізичні вправи
- займайтеся тим, що подобається та приносить вам радість

Вправа: складання списку справ на день

Людина в депресії зазвичай нічого не хоче робити, їй важко зайняти себе протягом дня, і в результаті вона може годинами дивитися в одну точку або перебувати в похмурих роздумах.

Складіть список справ, які ви хотіли б чи повинні виконати, навіть якщо зараз це здається неприємним. Заплануйте ці завдання, почніть з найпростіших і реалістичних. Нехай це будуть різні види діяльності: обов'язки та приємні заняття. Відзначайте у списку виконані завдання. Наприкінці кожного дня переглядайте свої досягнення.

Намагайтеся бути активним щодня. Прогулянки, спорт, медитація, йога можуть значно покращувати ваш настрій.

Спробуйте заповнити цей план дій на перший тиждень.

2) Фокус на позитивних моментах

Вправа: три позитивні моменти дня

Щовечора виділіть кілька хвилин, щоб пригадати три позитивні моменти за день. Це можуть бути навіть найдрібніші речі, які підняли вам настрій: смачна кава, приємна розмова або прогулянка.

- a. Запишіть ці три речі. Важливо, щоб вони були простими та доступними для вас.
- b. Поруч із кожною річчю зазначте, як ви себе відчували. Наприклад, “випив чай із медом – відчув спокій” або “спілкувався з другом – було приємно”.
- c. Нагадуйте собі, що навіть у найскладніші дні є моменти, які варто помічати.

Ця вправа допомагає помічати хороші моменти та підтримувати емоційну рівновагу.

3) Зміна шкідливих звичок

▪ *Ведення щоденника самоспостереження*

Часто людина в стані депресії намагається покращити свій настрій, але обирає не вірні способи. Це може бути вживання алкоголю, постійне перебування в ліжку, переїдання або нескінченний перегляд телевізора. Ведення щоденника самоспостереження допоможе відслідкувати, що насправді покращує ваш настрій, а що, навпаки, шкодить. Це допоможе вам більше займатися корисними справами та поступово відмовлятися від того, що шкодить самопочуттю.

▪ *Налагодження сну*

Надзвичайно важливим для покращення вашого стану є налагодження якісного нічного сну. Якщо ви спите недостатньо або сон порушений, це може погіршити депресію.

4) Покрокове вирішення проблем

Вправа: вирішення складних завдань

Іноді нам важко вирішувати складні проблеми, особливо у пригніченому стані. Один зі способів полегшити це - розбити завдання на дрібні кроки та виконувати їх поступово. Якщо перед вами стоїть складне завдання, спробуйте пригадати, як ви долали труднощі в минулому. Можна також запитати поради в друга чи близької людини, як би вони діяли в такій ситуації. Запишіть усі можливі варіанти. Навіть ті, що здаються несуттєвими або нелогічними. Потім оберіть найкращий варіант.

5. ЗМІНА ДЕПРЕСИВНОГО СПОСОБУ МИСЛЕННЯ

▪ *катастрофізація*

Це коли ви сприймаєте ситуацію набагато гірше, ніж вона є насправді. Наприклад, невелика помилка на роботі здається вам катастрофою, через яку Вас можуть звільнити.

▪ *узагальнення*

Якщо один випадок змушує вас думати, що все погано. Наприклад, якщо хтось був непривітний до вас, ви можете подумати: “Ніхто мене не любить, я нічого не вартий”. Або через один пропущений дедлайн ви вважаєте весь день невдалим.

▪ *самозвинувачення та самокритика*

Коли настрій поганий, ми часто звинувачуємо себе за все. Наприклад, якщо продавець поводить себе грубо, ви можете подумати: “Що я зробив не так?”. Але це необґрунтоване самозвинувачення. Вправа: фіксуйте конкретні ситуації, щоб побачити реальні причини.

▪ *читання думок або передбачення майбутнього*

Іноді, коли наш настрій поганий, ми схильні думати, що знаємо, про що думають інші, і нам здається, що вони погано про нас думають. Наприклад, якщо друг мовчить, ви можете подумати: “Я йому не цікавий”. Або ви можете

увяляти негативний результат подій ще до того, як вони відбудуться. Може з'явитися думка: “Я знаю, що все буде не дуже добре, тому навіть не буду намагатися”.

Вправа: записуйте свої думки та шукайте реальні докази.

- **зацикленість, надмірні роздуми та румінація**

Постійне прокручування негативних думок називається румінацією.

Вправа: переключення уваги

Відслідковуйте, коли ви починаєте зациклюватися та свідомо переключайте увагу на щось інше - фізичну активність, домашні справи, читання книги тощо.

Вправа: зміна думок і почуттів за схемою “ABC”

Людина в депресії вважає, що життя надто складне, і це заважає їй відчувати щось інше, окрім смутку чи безнадії. Але наші почуття часто залежать не від подій навколо, а від того, як ми це сприймаємо.

Щоб зрозуміти, як думки впливають на настрій, пригадайте ситуацію, яка вас засмутила та спробуйте проаналізувати її за схемою ABC:

А. Ситуація. Що саме сталося?

В. Ваші думки. Як ви сприйняли цю ситуацію? Про що подумали?

С. Ваші почуття. Які емоції виникли через ці думки?

Цей аналіз допомагає зрозуміти, як потрібно змінити думки, щоб полегшити свій стан. Зазвичай люди помічають лише подію (А) і свої почуття (С).

6. КОРЕКЦІЯ НЕГАТИВНИХ ДУМОК

а) Запишіть автоматичні негативні думки. (Ведення щоденника допоможе виявити ці шаблони).

б) Замініть їх на більш реалістичні та позитивні.

Наприклад:

Негативна думка: “Я погано справляюся з роботою”.

Раціональна думка: “Мій керівник похвалив мою роботу вчора”.

Можна записувати свої автоматичні негативні думки в один стовпчик, а навпроти більш збалансовану позитивну думку.

7. ПЕРЕВІРКА ДОВГОТРИВАЛИХ ПЕРЕКОНАНЬ

Іноді у нас є негативні погляди на себе, які сформувалися з часом. Наприклад, ми можемо вважати себе “не дуже розумним” чи “не дуже приємним”. Часто ці переконання хибні та обумовлені минулим досвідом. Для перевірки переконань можна зробити наступну вправу:

- a) Запишіть свої звичні самокритичні думки чи переконання, наприклад “Я не досить розумний”.
- b) Знайти факти, що ці переконання невірні. Наприклад: “Я успішно завершив важкий проект на роботі”.
- c) Якби ваш друг мав таке негативне переконання щодо себе, яку пораду ви дали б йому? Наприклад: “Ти дуже розумний, і є багато фактів, які це підтверджують. Не варто собі дорікати через одну невдачу”.
- d) Запишіть негативні переконання та докази, що їх спростовують.
- e) Переглядайте ці записи та аналізуйте, як часто негативні переконання підтверджуються фактами, а як часто вони є результатом вашого самокритичного сприйняття.

8. ПОДОЛАННЯ СОЦІАЛЬНОГО ТИСКУ ТА ІЗОЛЯЦІЇ ЧЕРЕЗ ВІЛ-СТАТУС

Вправа “Підтримка мережі”

1. Запишіть імена людей, які вас підтримують (друзі, родина, колеги). Це допоможе вам зрозуміти, що ви не самотні.
2. Заплануйте регулярні контакти хоча б з однією людиною зі списку. Це може бути коротка розмова чи зустріч за кавою.
3. Приєднайтеся до груп підтримки для людей, що живуть з ВІЛ. Це дозволить вам ділитися своїм досвідом з іншими, хто стикається з подібними випробуваннями.

Вправа “Позитивне спілкування”

1. Запишіть, які соціальні ситуації викликають у вас найбільший стрес. Подумайте, як можна змінити своє сприйняття цих ситуацій.
2. Замість того, щоб уникати розмов на тему свого здоров'я, спробуйте заздалегідь подумати про те, як відповісти на незручні запитання. Це допоможе вам почуватися впевненіше в ситуаціях соціальної взаємодії.

Допомога в прийнятті діагнозу ВІЛ-інфекція

Вправа “Життєві досягнення”

1. *Записуйте свої досягнення:* ведення щоденника з вашими особистими досягненнями допоможе вам не зациклюватися на діагнозі, а помічати, що у вас є багато інших аспектів життя, де ви успішні.
2. *Зосередьтесь на сильних сторонах:* записуйте свої позитивні риси і те, що ви вже подолали. Це допоможе зберігати мотивацію і віру в свої сили.

Вправа “Прийняття змін”

1. Спробуйте подумки пройти через всі ті зміни, які відбулися у вашому житті після встановлення діагнозу. Зверніть увагу на позитивні зміни та нові можливості, які з’явилися завдяки кращому розумінню свого стану.
2. Записуйте свої почуття щодо діагнозу, не намагаючись їх оцінювати. Це допоможе вам прийняти свої емоції такими, як вони є, і працювати з ними.

Для людей, що живуть з ВІЛ, депресія може бути викликана складнощами з прийняттям діагнозу. Спробуйте щодня записувати позитивні моменти, такі як підтримка друзів або покращення самопочуття, щоб помічати досягнення.

Ви можете вести щоденник подій, почуттів і думок. Це допоможе вам формулювати реалістичні думки та виявляти непродуктивні стилі мислення.

9. МЕТОД УСВІДОМЛЕНOSTІ

Постійна боротьба з негативними думками або зациклення може ще більше погіршити ваш стан. Важливо вчитися сприймати думки, не намагаючись їх змінити. Вам допоможе метод усвідомленості. Він полягає в зосередженні на теперішньому моменті без оцінювання чи критики.

Вправа: усвідомлене дихання та медитація

Сядьте зручно, закрийте або опустіть очі, тримайте спину прямою. Зосередьтесь на диханні. Не намагайтеся змінити його, просто звертайте увагу на те, як ви дихаєте.

Звертайте увагу на те, як повітря проходить через ніс, горло і наповнює груди. Слідкуйте за тим, як ваші груди та живіт піднімаються під час вдиху й опускаються під час видиху. Якщо з’являються думки, це нормально, просто відмічайте їх і знову зосереджуйте увагу до дихання. Не намагайтеся аналізувати думки, просто сприймайте їх як частину процесу.

Це нормально, що ви будете відволікатися, просто продовжуйте повертати увагу до дихання. Чим більше ви практикуєте цю вправу, тим легше вам буде зберігати спокій та не застрягати в негативних думках.

10. ПОДАЛЬША ДОПОМОГА

Ми розглянули ряд корисних вправ, які можуть допомогти вам у боротьбі з депресією. Продовжуйте використовувати ці методи для покращення свого стану. Проте, якщо ви відчуваєте, що самотійно не досягаєте результатів або ваш стан погіршується, обов'язково зверніться за допомогою до сімейного лікаря або психіатра. Це особливо важливо, якщо у вас виникають суїцидальні думки. Професійна підтримка може бути необхідною для вашого одужання.

ЩОДЕННИК ДУМОК

Ця вправа допоможе вам усвідомити свої автоматичні думки та навчитися працювати з ними, щоб покращити емоційний стан.

1. Ситуація: Опишіть ситуацію, яка викликала у вас емоційний дискомфорт
2. Емоції: Опишіть емоції, які ви відчували в цій ситуації, оцініть їх інтенсивність від 0 до 100%
3. Автоматичні думки: Запишіть думки, які першими прийшли вам в голову у цій ситуації:
4. Докази “за” ці думки: Запишіть докази, які підтверджують ваші автоматичні думки:
5. Докази “проти” цих думок: Запишіть докази, які спростовують ваші автоматичні думки:
6. Альтернативні думки: Запишіть більш раціональні або збалансовані думки:
7. Емоції після роботи з думками: Знову опишіть ваші емоції та оцініть їх інтенсивність після формулювання альтернативних думок:

РОБОТА З НЕГАТИВНИМИ ПЕРЕКОНАННЯМИ (приклад)

Негативне переконання: “Я смертельно хворий, моє життя скінчене, нічого доброго вже не буде.”

Крок 1: Описуємо ситуацію:

пацієнт відчуває глибокий песимізм і безнадію через свій ВІЛ-статус, він переконаний, що це визначає його майбутнє та знищує будь-які перспективи на довге та щасливе життя. Пацієнт почувається пригніченим та самотнім.

Крок 1: Виявляємо автоматичні думки

Автоматична думка: “ВІЛ означає, що моє життя закінчилось”.

Крок 3: Аналіз цієї думки

Чи є докази, що підтверджують цю думку?

1. ВІЛ був раніше пов'язаний з високою смертністю від ускладнень та тяжких опортуністичних інфекцій.
2. Пацієнт наводить приклади погіршення свого стану здоров'я та ускладнень, які відчуває зараз.

Чи є докази, що суперечать цій думці?

1. Сьогодні, завдяки анти-ретровірусній терапії (АРТ), тривалість життя пацієнтів з ВІЛ-інфекцією нічим не відрізняється від тривалості життя неінфікованих людей.
2. Багато пацієнтів з ВІЛ успішно працюють, мають близькі стосунки, сім'ї, народжують здорових дітей, подорожують та займаються улюбленими справами.
3. Життя не обмежується лише станом здоров'я, є інші важливі сфери – стосунки, хобі, робота, самореалізація.

Крок 4: Переформулювання думки

Альтернативна думка: “Мій ВІЛ-статус не вирок. Завдяки сучасним методам лікування я можу прожити довге та щасливе життя. Моє здоров'я під постійним моніторингом з боку лікаря. Отже, я можу будувати плани на майбутнє та радіти життю”.

Крок 5: Вправи на закріплення.

- a. Щоденник позитивних моментів - кожен день пацієнт записує хоча б одну маленьку річ, яка його надихає, радує або приносить задоволення. Наприклад: прогулянка на свіжому повітрі, гра з любимим собакою, веселий фільм, зустріч з приятелем, смачна чашка кави в кафе неподалік.
- b. Візуалізація майбутнього - пацієнт малює, створює колаж або описує своє майбутнє, визначаючи власні досяжні цілі, бажані події та позитивні зміни, які він хоче бачити у своєму житті.
- c. Вправа на довгострокові цілі - пацієнт складає список можливих досягнень і планів, що не пов'язані безпосередньо з його станом здоров'я та можуть бути реалізовані в найближчі роки.

Крок 6: Оцінка прогресу

Пацієнт періодично переглядає свої записи, оцінює наскільки змінилися його думки і почуття щодо свого майбутнього.

ВПРАВА “ПРИЙНЯТТЯ”

спрямована на допомогу пацієнтам у прийнятті своїх почуттів, емоцій та думок, пов'язаних із ВІЛ-інфекцією

1. Створення комфортного середовища:

Забезпечте спокійну, комфортну та конфіденційну обстановку для проведення сесії.

2. Зосередження на диханні:

Запропонуйте пацієнту закрити очі та зосередитись на диханні. Нехай він глибоко вдихне через ніс, затримає повітря на кілька секунд і повільно видихне через рот. Це допоможе розслабитися та зосередитися.

3. Розпізнавання емоцій:

Попросіть пацієнта подумати про свої почуття, пов'язані з ВІЛ, і спробувати їх усвідомити. Які емоції вони викликають? (наприклад, страх, тривога, гнів, сором).

4. Прийняття почуттів:

Запропонуйте пацієнту прийняти свої емоції: “Це нормально відчувати страх чи тривогу щодо свого стану”. Нехай пацієнт усвідомить, що його емоції є природною реакцією на складну ситуацію.

5. Не засуджувати свої почуття:

Підкресліть, що важливо не засуджувати себе за ці емоції. Адже всі емоції природні для людини та є частиною її досвіду. Скажіть: “Справжнє прийняття означає визнати свої почуття без критики”.

6. Техніка прийняття:

Попросіть пацієнта уявити свої емоції як хмари на небі. Нехай він спостерігає за ними, не намагаючись їх змінити чи уникнути. Скажіть: “Дозвольте цим емоціям бути. Вони приходять і йдуть, як хмари”.

7. Зміна фокусу уваги:

Коли пацієнт відчує, що прийняв свої емоції, запитайте його, що він може контролювати в цій ситуації. Наприклад, вчасне приймання АРТ-препаратів, дотримання рекомендацій лікаря, обговорення своїх переживань з близькими.

8. Запис відчуттів:

Запропонуйте пацієнту записати свої думки та почуття після сесії. Це допоможе усвідомити переживання та прослідкувати за змінами у емоційному стані.

9. Закінчення сесії:

Попросіть пацієнта знову зосередитись на диханні та поступово допоможіть йому повернутися до реальності. Нехай він відкриє очі, коли буде готовий.

10. Обговорення та підтримка:

Обговоріть з пацієнтом його відчуття після вправи.

Додаток А.5

ЩОДЕННИЙ ГРАФІК АКТИВНОСТЕЙ (приклад)

Час	Дія	Оцінка емоцій (1-10)	Коментар
6.30- 7.30	Прийом ліків і сніданок	7	Позитивний настрій. Важливо не пропустити ліки.
7.30- 8.00	Завести дітей до школи та доїхати до роботи.	6	Помірний рівень стресу
8.00- 12.00	Робота	6	Підвищення тривоги через відповідальність та страх зробити помилку.
12.00- 13.00	Обідня перерва	8	Розслаблення та відпочинок.
13.00- 16.30	Робота	7	Продуктивний день
16.30- 18.30	Домашні справи та взаємодія з дітьми	8	Задоволення від спілкування.
18.30- 19.30	Вечеря	8	Здорове харчування та спільна вечеря зміцнюють сімейні стосунки.
19.30- 20.30	Спілкування з чоловіком	9	Радість від підтримки близької людини.
20.30- 21.30	Вільний час	7	Приємні заняття для себе.
21.30- 22.00	Підготовка до сну	6	Спокійний вечір, турбота про тіло
22.00	Сон	-	Відновлення та відпочинок

ВІЗУАЛІЗАЦІЯ НЕЙТРАЛЬНИХ ОБ'ЄКТІВ

Вправа спрямована на відволікання пацієнта від його внутрішніх негативних думок та фокусування на нейтральних зовнішніх образах. Це допомагає зменшити інтенсивність депресивних симптомів, покращити настрій та сприяє тимчасовому полегшенню стану. Техніка ефективна для пацієнтів із легкою та помірною ступенями депресії, коли депресивний настрій ще не надто глибокий, і пацієнт має можливість свідомо контролювати свої думки. Техніку можна використовувати під час терапевтичних сеансів когнітивно-поведінкової терапії або в індивідуальному консультуванні для зменшення тривоги й депресії. Рекомендується проводити вправу, коли людина відчуває наближення депресивних думок, але вони ще не стали домінуючими. Це може бути ранковий або вечірній час, а також в моменти стресу.

Для важких форм депресії такі вправи самі по собі малоефективні через апатію пацієнта або неможливість сконцентруватися на позитивних образах. Але можуть використовуватися в комплексі з медикаментозною підтримкою.

ВПРАВА “ДЕРЕВО”.

1. Підготовка:

Оберіть будь-ласка зручну позу, ви можете сидіти або лежати, як Вам буде комфортніше. Закрийте очі. Зробіть кілька глибоких вдихів, затримайте дихання на декілька секунд і повільно видихніть. Повторимо це тричі. Чи відчуваєте Ви себе трохи розслабленим?

2. Початок візуалізації:

Тепер уявіть перед собою дерево. Яке це дерево? Це може бути дуб, сосна, береза чи інше дерево, яке Вам подобається. Сконцентруйтеся на тому, як воно виглядає. Чи бачите Ви його чітко в своїй уяві?

3. Деталізація образу:

Спробуйте роздивитися дерево ближче. Почніть зі стовбура. Уявіть, яка в нього кора. Вона шорстка чи гладка? Торкніться її у своїй уяві. Які почуття

виникають, коли Ви торкаєтесь кори цього дерева? Що Ви відчуваєте? Сконцентруйте свою увагу на цій текстурі.

4. Фокусування на дрібних деталях:

Погляньте на гілки цього дерева. Вони тонкі чи масивні? Які на них листки або, можливо, голки? Уявіть, як вони шелестять від легкого вітру. Спробуйте відчутти цей звук у своїй уяві. Як рухаються листки на гілках? Спробуйте зосередитися на цьому русі.

5. Глибоке занурення:

Тепер спробуйте відчутти простір навколо дерева. Чи є довкола інші дерева? Чи росте трава під деревом, чи, може, там просто земля? Чи відчуваєте Ви запах землі або свіжості повітря? Уявіть, як Ви стоїте біля цього дерева або навіть торкаєтесь його. Як це змушує Вас почуватися?

6. Завершення візуалізації:

Залишайтеся з цими образами ще кілька секунд. Спробуйте запам'ятати це відчуття спокою та зосередженості. Тепер, коли Ви готові, повільно відпустіть цей образ. Зробіть ще кілька глибоких вдихів і видихів. Повертайтеся до кімнати. Відчуваєте себе трохи краще?

7. Підсумок:

Як Ви відчуваєтесь зараз? Чи вдалося Вам відволіктися від негативних думок?

ТЕХНІКА КОГНІТИВНОГО ДИСТАНЦЮВАННЯ ТА КОНТРОЛЮ СУЇЦИДАЛЬНИХ ДУМОК

1. Виявлення та ідентифікація думок

Пацієнт відслідковує та записує свої думки, що виникають під час сильних емоцій, особливо пов'язані з суїцидальними намірами. Наприклад: “Мені здається, що ситуація безвихідна”, “Я відчуваю, що це ніколи не зміниться”.

2. Переформулювання думок у формі “У мене виникає думка, що...”

Пацієнт переформулює свої думки щоб зменшити їхню емоційну силу. Наприклад: “Я більше не бачу сенсу в житті” замінює на альтернативну “У мене виникає думка, що я більше не бачу сенсу в житті”. Це допомагає дистанціюватися від думки як окремого об'єкта.

3. Практика усвідомленого спостереження

Пацієнт спокійно дихає та спостерігає за думками, не намагаючись їх контролювати та емоційно включатися. Наприклад, візуалізує хмари, що пролітають у небі.

4: Аналіз та заміна думок

Пацієнт аналізує, чи відповідають думки реальній ситуації або просто є негативними автоматичними переконаннями. За потреби змінює думки на конструктивні, наприклад: “Це важкий момент, але є люди, які мене підтримують”.

5. Навчання навичок зміни фокусу уваги

Пацієнт застосовує техніки відволікання від деструктивних думок (техніки дихання, медитації, прості фізичні вправи, прогулянка, малювання тощо).

6. Закріплення результатів та самостійне застосування

Пацієнт формує індивідуальний план, де зазначає техніки, які він може використовувати для контролю думок у кризових ситуаціях.

Завершальний етап: обговорення результатів та відчуттів після кожної вправи.