

Система психотерапевтичної корекції депресивних епізодів включала когнітивно-біхевіоральну психотерапію за А. Беком (Бек, А., Раш А., 2003), сімейну психотерапію (Е. Г. Ейдемилер, В. В. Юстицький, 2007) та арт-терапію (Болл Б., 2001). Вказаний психотерапевтичний комплекс дозволяв максимально оптимізувати потенційні можливості хворого щодо подолання хвороби, сприяти складанню сприятливих мікросоціальних обставин та подолати емоційне перевантаження пацієнта завдяки використанню найбільш щадних заходів та надавав можливість працювати з думками і почуттями, які здаються непереборними.

Розроблена система персоніфікованої терапії свідчить про її високу ефективність: видужання та значне поліпшення спостерігалось у 73,64 % хворих, поліпшення — у 23,63 % і лише у 2,73 % хворих динаміка була незначною.

УДК 616.895.4-07:362.141

Марута Н. О., Панько Т. В., Федченко В. Ю., Семікіна О. Є., Каленська Г. Ю., Теренковський Д. І.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

Діагностичні критерії депресивних розладів на етапах надання медичної допомоги

В Україні, як і в багатьох країнах світу, відзначається зростання депресивних розладів. Спостерігається не тільки вагоме збільшення загальної кількості пацієнтів з депресією, але й значне «омолодження» цього захворювання. За результатами досліджень, розповсюдженість протягом життя депресивних розладів становить 20,8 %. Пік захворюваності припадає на найбільш працездатний вік між 20 і 40 роками, що призводить до серйозних негативних соціальних і економічних наслідків (W. Gaebel, T. Becker, B. Janssen, et al., 2012; Н. О. Марута, 2012). Оцінка ефективності терапії депресивних розладів свідчить, що одужання або настання стійкої ремісії відзначається лише у 33 % хворих, у той час як у 55 % спостерігаються рецидиви депресивних епізодів, а ще у 12 % — триває роками і навіть десятиріччями (Gorman J. M., Sloan R. P., 2000; F. Jacobi, S. Rosi, C. Faravelly et al., 2005; Підкоритов, В. С., 2010).

Встановлено, що причиною низької ефективності терапії та реабілітації депресивних розладів є клінічна гетерогенність психопатологічних феноменів, патоморфоз під впливом соціально-стресових факторів, недостатня обізнаність лікарів загальної практики в проблемі діагностики цієї патології, відсутність спостереження на різних етапах надання допомоги.

З метою поліпшення діагностики депресивних розладів обстежено 110 хворих на депресивні розлади (F32.0 — F32.2) різного ступеня важкості (в межах виконання НДР «Вивчити фактори прогнозу формування, перебігу та виходу депресивних розладів з метою розробки ефективних засобів терапії та реабілітації»). Дослідження мало комплексний характер та включало застосування клініко-психопатологічного методу; психометричних шкал (Шкала Гамільтона — HDRS, Шкала депресій центру епідеміологічних досліджень — CES-D, Шкала загального клінічного враження — Clinical Global Impression Scale, CGI), психодіагностичного методу (методика Е. Heim для визначення провідних копінг-стратегій, методика «Семантичний диференціал часу», «Самоактуалізаційний тест»), а також методи математичної статистики. На ґрунті аналізу результатів комплексного дослідження були встановлені діагностичні критерії депресивних епізодів.

Діагностика депресивних розладів має починатися вже на етапі первинної медичної допомоги та спиратися на осо-

бливості клінічної картини депресивних епізодів, що мають специфічну синдромальну структуру та включають афективні, мотиваційно-вольові, когнітивні, психомоторні та соматичні прояви, як-от порушення базових функцій (розлади сну, порушення апетиту, втрата маси тіла, зниження статевого потягу), вітального тону функцій (фізична стомлюваність, млявість та зниження енергії), неприємні тілесні відчуття та вісцеральні симптоми.

На етапі вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги діагностику депресивних розладів треба проводити з урахуванням не лише особливостей клінічної картини, а й перебігу захворювання, важкості розладу та факторів, що впливають на важкість перебігу депресивного розладу. Зокрема, «тяжкий ступень» розладу характеризується переважанням в клінічній картині добових коливань стану, параноїдних симптомів, соматичних симптомів, психомоторних проявів та відсутністю критичності до свого стану. У разі «помірного ступеня» розладу в структурі клінічної картини переважають суїцидальні наміри, пізня інсомнія та збереження критичності до свого стану. «Легкий ступень» розладу не має в клінічній картині психічної та соматичної тривоги, втрати маси тіла за анамнезом, генітальних симптомів (втрата лібідо, менструальні порушення) та психомоторних проявів.

На третинному етапі медичної допомоги, крім вищезазначених аспектів, треба враховувати психологічні фактори, як-от копінг-стратегії, особливості суб'єктивного сприйняття індивідуального часу та показники самоактуалізації, які мають велике значення у формуванні, перебігу та виходу депресивних епізодів. Зокрема, у цієї групи хворих переважають копінг-стратегії з використанням дезадаптивних копінгів, як-от «розгубленість», «пасивна кооперація» та «відступ». Структура суб'єктивного сприйняття індивідуального часу характеризується негативним сприйняттям теперішнього та майбутнього. Оцінка показників самоактуалізації свідчить про зниження власної відповідальності, негативне ставлення до себе та оточуючих, зниження потреби у спілкуванні та діяльності.

Діагностику депресивних розладів на етапах надання медичної допомоги треба проводити з урахуванням вищезазначених критеріїв.

УДК 616.89-008.454-053.2/.5

Михайлова Е. А., Проскуріна Т. Ю., Матковська Т. М. Мітельов Д. А., Беляєва О. Е.
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України» (м. Харків)

До проблеми діагностики тривожних розладів у дітей

Робота присвячена принципово новій оригінальній технології діагностики та диференціації тривожних розладів у дітей. Більшість наукових оглядів визначають тривожні розлади як найбільш поширений клас психопатологічних розладів, що стаються в дитинстві. Відомо, що тривога досить інтенсивно й тривало впливає на дитину, перешкоджає формуванню адаптивної поведінки, призводить до порушення поведінкової інтеграції та загальної дезорганізації її психіки. На теперішній час існує чимало формалізованих методів діагностики тривоги у дітей та підлітків. Однак жоден з них не дозволяє розглядати ці феномени як багатовимірні психічні утворення, виявляючи не лише афективні, а й інші компоненти, які відіграють важливу роль в діагностиці психічної дезадаптації. Відсутність єдиного психодіагностичного підходу до оцінки дитячої тривожності, заснованого на принципах і специфіці періодизації