

*С. П. Колядко, Г. Ю. Каленська, М. М. Денисенко*  
**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ,  
 УСКОЛАДНЕНИХ АДДИКТИВНИМИ ФОРМАМИ ПОВЕДІНКИ**

*С. П. Колядко, Г. Ю. Каленская, М. М. Денисенко*  
**Особенности психотерапевтической коррекции невротических расстройств,  
 усложненных аддитивными формами поведения**

*S. P. Kolyadko, G. Yu. Kalenska, M. M. Denysenko*  
**Features of psychotherapeutic correction of neurotic disorders completed by addictive forms of behavior**

На ґрунті аналізу особливостей аддиктивного статусу 68 хворих на невротичні розлади та визначених факторів ризику виникнення аддиктивної поведінки розроблено комплекс психотерапевтичних заходів, спрямованих на зменшення аддиктивного потягу та відновлення адаптаційного потенціалу цієї категорії хворих. Психотерапевтичні заходи включали інтеграцію екзистенційно-аналітичної, проблемно-орієнтованої та особистісно-орієнтованої психотерапії в різноманітних модифікаціях та комбінаціях, у формі індивідуальних та групових занять.

Показано ефективність запропонованої системи психотерапії, яка полягала в зниженні аддиктивного статусу та поліпшенні соціального функціонування пацієнтів з невротичними розладами.

**Ключові слова:** невротичні розлади, аддиктивна поведінка, психотерапія

На основе анализа особенностей аддиктивного статуса 68 больных с невротическими расстройствами и выделенных факторов риска возникновения аддиктивного поведения разработан комплекс психотерапевтических мероприятий, направленных на уменьшение выраженности зависимых форм поведения и восстановление адаптационного потенциала у данной категории больных. Психотерапевтические мероприятия включали интеграцию экзистенциально-аналитической, проблемно-ориентированной и личностно-ориентированной психотерапии в разнообразных модификациях и комбинациях, в форме индивидуальных и групповых занятий.

Показана эффективность предложенной системы психотерапии, которая заключалась в снижении аддиктивного статуса и улучшении социального функционирования пациентов с невротическими расстройствами.

**Ключевые слова:** невротические расстройства, аддиктивное поведение, психотерапия

Based on the analysis of special aspects of addicted status of 68 patients with neurotic disorders and the identified risk factors for the occurrence of addictive behavior, a set of psychotherapeutic measures was developed, which is aimed at reducing the severity of dependent behaviors and restoring the adaptive potential in this category of patients. Psychotherapeutic measures included the integration of existential-analytical, problem-oriented and personality-oriented psychotherapy in various modifications and combinations, in the form of individual and group sessions. The effectiveness of the offered psychotherapy system is shown; it was consist in reducing the addictive status and improving the social functioning of patients with neurotic disorders.

**Key words:** neurotic disorders, addictive behavior, psychotherapy

Психічне здоров'я населення є важливою проблемою для суспільства. Це зумовлене прогресуючим збільшенням поширеності психічних та поведінкових порушень. Кожна третя людина в Європі, за даними колеги нейропсихофармакології (ECNP), має ті чи ті порушення психічного здоров'я, а в усьому світі на цю патологію страждають більше ніж 450 мільйонів осіб. За прогнозами ВООЗ, до 2020 року такі порушення мають усі шанси зайняти п'яте місце серед причин втрати працездатності, стаючи суттєвим тягарем для суспільства та економіки. Ситуація в Україні також вселяє занепокоєння: за даними офіційної статистики, 15 % населення потребує психіатричної допомоги, а протягом життя — кожен третій [1—3].

Сучасний етап розвитку суспільства в Україні характеризується соціально-економічними та соціально-політичними змінами, які часто набувають психогенного значення та охоплюють усі сфери людського життя: стрімко трансформується звичне середовище існування, формуються нові обставини, людина втрачає чіткі орієнтири, що сприяє розвитку і посиленню сутнісного страху перед реальністю. Соціально-економічні труднощі загострюють міжособистісні конфлікти, відокремлюючи членів суспільства один від одного. Втрата внутрішнього комфорту, почуття безпеки та рівноваги, що спостерігається в кризові часи, для багатьох людей стає вирішальним фактором у виборі аддиктивної стратегії поведінки. В умовах стресової напруженості різко збільшується кількість пацієнтів з проявами залежності від хімічних та нехімічних речовин. Об'єкти споживання при цьому охоплюють практично всі сфери людського життя: роботу, дозвілля (спорт, шопінг, азартні та комп'ютерні ігри, Інтернет, телебачення), міжособистісні

стосунки (комунікація, любов і секс), віросповідання та ін. Усього відомо близько 200 поведінкових залежностей. Але вони мають спільні риси із потягами до вживання психоактивних речовин (ПАР): особливість (надцінність), зміни настрою, підвищення толерантності, симптоми відміни, конфлікт з оточуючими та собою, рецидив [4].

Особливої уваги потребують пацієнти з коморбідними станами, коли невротичні порушення асоціюються з аддиктивною поведінкою (АП) або ускладнюються різними її формами. Це — один із найбільш поширених варіантів психіатричної коморбідності. Такі стани вважають «хворобами цивілізації», адже виникають в умовах стрімкої урбанізації, технологічного прогресу, розширення інформаційного простору [5, 6].

Патологічний потяг, що з'являється при невротичних станах, здатен охопити різні сфери психічної діяльності індивіда: емоційну, ідеаторну, поведінкову, сенсорну. Запуск аддиктивних механізмів зменшує мотиваційно-емоційне напруження, але водночас спотворює відносини особистості з оточуючими та собою. Все, що не стосується об'єкта залежності, сприймається невимовним та другорядним [7].

Залежні форми поведінки міцно пов'язані з порушеннями адаптації, оскільки залежність — це порушення нормальної взаємодії із оточенням, а саме — переважне підпорядкування якомусь зовнішньому чиннику або перебігу подій всупереч нормальному співвідношенню [6, 7].

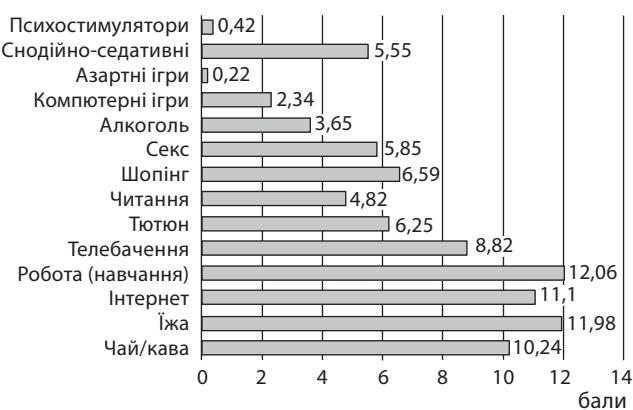
Такі пацієнти, як правило, звертаються за медичною допомогою вже на стадії хронічних розладів та ускладнень, зі схильністю до суїциду та значною соціальною дезадаптацією. Це створює суттєві перепони для повноцінного життя пацієнта і його оточуючих, завдає шкоди не лише психологічному стану, але й фізичному здоров'ю [8].

Поряд із невротичними розладами, аддиктивні порушення мають всі шанси стати справжньою епідемією XXI століття [2].

Відомо, що виникнення як хімічних, так і нехімічних аддикцій, багато в чому зумовлене наявністю внутрішнього конфлікту, порушенням життєво важливих стосунків людини і недостатніми ресурсами здоров'я для адаптації. У хворих з невротичними розладами та осіб з АП виявляються загальні психофізіологічні та нейробіологічні особливості, що стосуються, насамперед, адаптаційних можливостей цих осіб у поєднанні з їх мотиваційно-поведінковими стратегіями в умовах екзо- і ендогенних впливів [4, 8]. Водночас психотерапевтичні стратегії лікування цих складних коморбідних станів лишаються до теперішнього часу не розробленими. Метою дослідження стало створення комплексу психотерапевтичних заходів, спрямованих на зменшення аддиктивного потягу та відновлення адаптаційного потенціалу хворих на невротичні розлади, що ускладнені АП.

Було обстежено 68 хворих на невротичні розлади з АП. серед них 25 хворих на змішаний дисоціативний розлад (F44.7), 29 хворих на тривожно-фобічні розлади (F40.8) та 14 хворих на неврастенію (F48.0) за МКХ-10. Основну групу обстежуваних склали 35 пацієнтів, що отримували терапію, яка ґрунтувалася на розроблених принципах, до групи порівняння увійшли 33 хворих на невротичні розлади з АП, що отримували традиційний курс лікування. Для оцінювання ефективності розробленої психотерапії порівнювали показники за AUDIT-подібними тестами та методикою Л. І. Вассермана до та після проведення комплексної психотерапії [9, 10].

Було встановлено (за даними попередніх досліджень [11, 12]), що аддиктивний статус хворих на невротичні розлади характеризувався сполученням різноманітних «об'єктів вживання», як хімічного, так і нехімічного походження, з переважанням останніх (рис. 1). Зокрема, найбільш частим у хворих на невротичні розлади було використання таких «об'єктів вживання»: «Чай/кава», «Інтернет», «Тютюн», «Їжа», «Телебачення» та «Робота».



Умовні позначення: \* — різниці вірогідні при  $p \leq 0,001$

Рис. 1. Особливості аддиктивної поведінки хворих на невротичні розлади (за даними AUDIT-подібних тестів)

Результати проведеного дослідження дозволили визначити фактори ризику, що впливають на формування АП у хворих на невротичні розлади [11]. Серед них провідними є: соціально-демографічні (вік до 30-ти років; наявність АП у батьків, подружжя та друзів); психогенні (короткотривалий інтервал («до року») між впливом психотравмуючого фактора та виникненням бажання

зняти емоційне напруження), клініко-психопатологічні (вираженість депресивних, тривожних та obsесивних симптомів) та патофизиологічні фактори (поліморфність та вираженість акцентуацій характеру; приєднання до емотивних та екзальтованих рис особистості песимізму, імпульсивності та різкої немотивованої зміни настрою та поведінки; зниження конструктивності копінг-стратегій: виражена актуалізація копінгів «уникнення» та «агресивні дії»; орієнтація на пошук підтримки, передусім, від значимих інших; актуальність потреб у самовираженні, свободі та активності та дезактуалізація потреби в емоційному насиченні, а також незадоволеність рекреаційною сферою реалізації потреб).

Виходячи з виокремлених факторів ризику, були визначені мішені психотерапії хворих на невротичні розлади з АП, що полягали в корекції ціннісно-мотиваційної сфери, розширенні можливостей в емоційному насиченні, в актуалізації більш адаптивних копінг-стратегій та пошуку ресурсних можливостей особистості.

Під час проведення психотерапії враховували, що АП є наслідком емоційного напруження, яке виникає на тлі незадоволеності, пов'язаної з нереалізованістю актуальних потреб, та сприяє актуалізації неадаптивних копінг-стратегій, а також формуванню АП як засобу отримання «позитивних» емоцій від аддиктивних об'єктів вживання, впливаючи на зміст смислової складової ціннісно-мотиваційної сфери.

Розроблена система психотерапевтичної корекції невротичних розладів з АП ґрунтується на принципах комплексності, етапності, послідовності та диференційованості.

Під час вибору стратегії та тактики психотерапевтичного втручання ми керувалися загальними тенденціями сучасної психотерапії, які полягають в пошуку концептуальних моделей психотерапевтичної інтеграції. Основою такої інтеграції має бути єдиний клініко-психологічний підхід, метою якого є підвищення ефективності лікування, а також забезпечення вторинної і третинної психопрофілактики. Тому комплекс психотерапевтичних заходів включав інтеграцію екзистенціально-аналітичної, проблемно-орієнтованої та особистісно-орієнтованої психотерапії в різноманітних модифікаціях та комбінаціях і проводився у формі індивідуальних та групових занять. Кожен з методів психотерапії виконував свою функцію в терапевтичному процесі і доповнював інші.

В процесі психотерапевтичного впливу було виокремлено 3 етапи: підготовчий, лікувально-стабілізуючий та адаптаційно-профілактичний.

Перший етап (підготовчий) складався з 1—2 індивідуальних занять (тривалість 20—30 хвилин) та був спрямований на роз'яснення пацієнту обов'язковості лікування, що сприяло підвищенню мотивації пацієнта, формуванню у пацієнта відчуття власної активної участі в лікувально-реабілітаційному процесі та потенціюванню здатності до дотримання терапевтичного режиму.

На другому етапі (лікувально-стабілізуючий) базовими методами психотерапевтичного впливу були екзистенціально-аналітична психотерапія в формі групової роботи, а також проблемно-орієнтована та особистісно-орієнтована психотерапія, що проводили індивідуально. Групові заняття екзистенціально-аналітичної спрямованості проводили щодня тривалістю 1,5 години (10—15 занять). Основні цілі групи екзистенційного досвіду (ГЕД) полягали в розширенні меж свідомості і саморозуміння пацієнтів; підвищенні активної життєвої позиції особистості; розвитку здатності сприймати реальність;

прийнятті та підвищенні особистісної відповідальності за події власного життя; навчання зав'язувати і підтримувати близькі стосунки; розвитку здатності вільно вибирати і ризикувати, приймаючи неминучість переживання тривоги і провини; виявляти ресурси, механізми та способи вирішення конфліктів з минулого досвіду і формувати нові адаптивні поведінкові стратегії їх вирішення.

Використання екзистенційно-аналітичної терапії було спрямовано на допомогу пацієнтові повністю усвідомити себе як особистість, побачити нові життєві перспективи, зрозуміти сенс теперішнього та майбутнього життя, впоратися з життєвими проблемами, навчити його розуміти і приймати життя таким, яким воно є, з усіма труднощами і парадоксами, розвинути здатності краще орієнтуватися в реальному житті, навчити його використовувати свободу вибору і брати на себе відповідальність за цей вибір і його наслідки.

Об'єктом групової психотерапії при цьому, як і психотерапевтичних впливів загалом, були психологічні фактори патогенезу захворювання (інтрапсихічний конфлікт, механізми психологічного захисту, патологічна реакція особистості на захворювання, аддиктивні форми поведінки, система значимих відносин хворого, включаючи порушені в результаті захворювання соціальні зв'язки пацієнта).

Сучасна групова терапія аналізує пацієнта в контексті його стосунків та взаємодій з іншими, група при цьому виступає як модель реального життя. Група дає можливість побачити універсальність проблем, створює більш оптимістичну лікувальну перспективу, дозволяє учасникам обмінюватися життєвим досвідом і способами розв'язання проблем, використовувати взаємну підтримку. Група допомагала учаснику побачити власні неадекватні поведінкові стереотипи; набути навичок більш щирого, глибокого, вільного спілкування; подолати неадекватні форми поведінки; закріпити нові форми поведінки і реагування на базі досягнень в пізнавальній та емоційній сферах.

Поряд з ГЕД пацієнти проходили індивідуальний курс проблемно-орієнтованої психотерапії (ПОПТ). ПОПТ — напрямок психотерапії, що інтегрує психоаналіз, когнітивно-поведінкову психотерапію, гештальт-терапію та тілесно-орієнтовану психотерапію, особливостями якої є спрямованість на розв'язання конкретної проблеми пацієнта, на навчання його способам самостійного подолання проблемних ситуацій. Головною метою ПОПТ було поліпшення здатності пацієнта вирішувати свої проблеми. Методи проблемно-орієнтованої психотерапії виконували тактичні завдання, тобто давали пацієнтам можливість визначити адаптивні способи розв'язання проблемних ситуацій та допомагали пацієнтам перемістити їх в дієво-практичну площину, втілити у реальність.

В процесі ПОПТ з пацієнтом відбувались зміни, які полягали у активізації, розширенні свідомості; зміні шаблонів мислення та настанов, зміні аддиктивної поведінки; розв'язання проблем та системні зміни.

ПОПТ була структурованою та включала такі складники, які умовно були поділені на 6 ступенів: 1 — відносини психотерапевт — пацієнт; 2 — розуміння проблеми пацієнта; 3 — аналіз проблеми; 4 — визначення проблеми; 5 — опрацювання проблеми; 6 — завершення психотерапії.

На 1 ступені створювались стійкі конструктивні міжособистісні відносини між пацієнтом і психотерапевтом. На 2 ступені пацієнт викладав свій погляд на проблему. В психотерапевтичній роботі використовували поняття «суб'єктивна теорія хвороби». Одним з центральних елементів терапії була увага до теоретичних концепцій пацієнта. На 3 ступені відбувався аналіз проблеми, на якому звер-

тали увагу на актуальну ситуацію, що породжує наслідки проблеми для пацієнта і його оточення, на історію життя пацієнта (увагу приділяли періоду до і після виникнення проблемної ситуації) і функціональне значення проблеми. На 4 ступені відбувалось визначення проблеми, мети і планування психотерапії. На цьому етапі використовували метод структурних розстановок у межах особистісно-орієнтованої психотерапії з використанням предметів-замінників (іграшки фігурки, міні-іграшки з «кіндер-сюрпризів», різноманітні за кольором та розміром олівці і т. ін.). Методи особистісно-орієнтованої психотерапії були спрямовані на усвідомлення пацієнтом наявності у нього міжособистісного конфлікту та аддиктивного ризику, на визначення впливу наявних пристрасей аддиктивного характеру на внутрішньоособистісну систему комунікацій пацієнта, виявлення основних (зовнішніх і внутрішньоособистісних) ресурсів, які у подальшому сприяють розв'язанню невротичного конфлікту та відновленню соціальної, сімейної, професійної особистісної адаптації. На 5 ступені відбувалось опрацювання проблеми і перенесення отриманих змін в реальне життя, за межі психотерапії. Основною метою на цьому етапі було досягнення такого розуміння своєї проблеми пацієнтом і оволодіння такими стратегіями подолання, які дозволили б йому після завершення психотерапії більш успішно справлятися з труднощами і самостійно розв'язувати свої проблеми.

При активізації свідомості використовували конфронтацію, інтерпретацію у вигляді гіпотези, спонтанне перенесення, роботу з фантазіями. Для корекції схем мислення і неадекватних уявлень застосовували такі кроки: розпізнавання, насамперед, автоматичних думок; вербалізація; аналіз (емпіричний, логічний, прагматичний) та зміни. Зміни настанов включали: створення позитивної настанови «проблема може бути розв'язана»; суб'єктивне викладення проблеми пацієнтом; системний аналіз проблеми; диференційоване визначення проблеми (зазвичай відбувається уточнення, переформулювання колишнього розуміння проблеми); пошук альтернативних рішень (застосування «спрямованих, вільних асоціацій»); реалістична оцінка альтернатив (вибір реальної можливості); прийняття рішення і його здійснення та перевірка результатів.

На 6 ступені відбувалось завершення психотерапії. На завершальному етапі в межах ПОПТ застосовували техніку планування дій на майбутнє з конкретними умовами, діями і термінами виконання.

Третій (адаптаційно-профілактичний) етап збігався з 6 ступенем ПОПТ та передбачав закріплення досягнутого терапевтичного результату, навичок психічної саморегуляції та нових когнітивних стратегій і включав 1—2 індивідуальних та групових занять.

З метою оцінювання ефективності запропонованої системи психотерапії невротичних розладів, ускладнених АП, був проведений порівняльний аналіз між пацієнтами, яким був застосований розроблений комплекс психотерапевтичного втручання (основна група — 35 осіб), та хворими, що проходили традиційний курс лікування (контрольна група — 33 особи).

З метою оцінювання динаміки аддиктивного статусу хворих на невротичні розлади використовували AUDIT-подібні тести. Отримані дані (рис. 2) свідчать про значні зниження вираженості АП у хворих основної групи: об'єкти вживання «Стимулятори» ( $p \leq 0,001$ , ДК = 3,76, MI = 2,23), «Азартні ігри» ( $p \leq 0,001$ , ДК = 2,12, MI = 1,25), «Комп'ютер» ( $p \leq 0,001$ , ДК = 3,43, MI = 3,07), «Алкоголь» ( $p \leq 0,001$ , ДК = 3,22, MI = 3,21), «Секс» ( $p \leq 0,05$ , ДК = 1,15, MI = 1,22), «Шопінг» ( $p \leq 0,05$ , ДК = 1,44, MI = 0,37),

«Телебачення» ( $p \leq 0,05$ , ДК = 1,76, МІ = 0,68), де ДК — діагностичний коефіцієнт; МІ — міра інформативності.

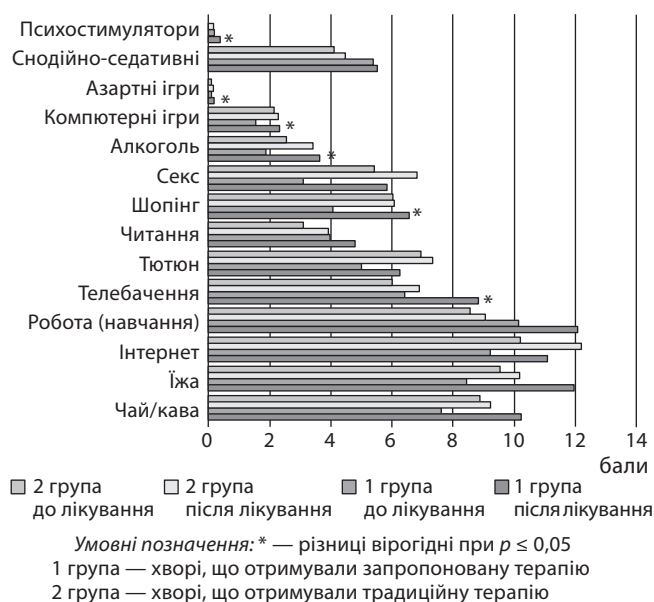


Рис. 2. Динаміка вираженості середнього бала за AUDIT-тестом у хворих на невротичні розлади в процесі терапії у порівняльному аспекті

Водночас, в групі порівняння така тенденція спостерігалась тільки за показниками «об'єктів вживання» «Стимулятори» ( $p \leq 0,001$ , ДК = 2,89, МІ = 2,39) та «Азартні ігри» ( $p \leq 0,05$ , ДК = 1,45, МІ = 1,15), що дає змогу оцінити запропонований комплекс психотерапевтичних заходів як більш ефективний, оскільки знижується ризик виникнення АП у хворих на невротичні розлади та спостерігається перехід їх на рівень «відносно безпечне вживання». Це підтверджується тим фактом, що після лікування кількість хворих, що належали до 3 та 4 рівня ризику формування АП зменшилася з 73,82 % до 51,15 %.

Для об'єктивізації показників, що можуть бути підґрунтям для оцінювання розробленої терапії та її ефективності нами використовувалася психометрична методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Л. І. Вассермана в модифікації В. В. Бойка.

Згідно з отриманими результатами (таблиця), треба наголосити загальну тенденцію до зниження рівня фрустрованості в обох групах, що свідчить про поліпшення інтегративних зв'язків між когнітивними процесами (здатність до аналізу, переробки) та емоційним реагуванням. Відомо, що порушення цієї інтеграції, за різними чинниками, призводить до формування неадаптивного характеру поведінкових стереотипів, які, насамперед, є не тільки сприятливим підґрунтям до формування невротичного розладу, а й сприяють розвитку АП.

#### Рівень соціальної фрустрованості у пацієнтів з АП у структурі невротичних розладів до та після лікування

Чи задоволені Ви:	Основна група		Група порівняння	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
своєю освітою	2,8	1,6	2,6	1,9
відносинами з колегами на роботі	3,8	2,4*	3,4	2,5
відносинами з адміністрацією на роботі	3,3	2,4	3,1	2,6
відносинами з суб'єктами своєї професійної діяльності (пацієнти, клієнти та інші)	2,3	1,9	2,5	2,0
своєю роботою загалом	3,1	2,7	3,4	3,0
умовами професійної діяльності	3,6	3,1	3,4	3,3
своїм становищем у суспільстві	3,4	2,1	2,9	2,5
матеріальним станом	3,3	1,9	3,5	2,5
житлово-побутовими умовами	2,6	2,3	2,7	2,4
стосунками з подружжям	3,6	2,0*	3,7	2,8
відносинами з дитиною	2,6	1,5*	2,3	1,7
взаєминами з батьками	2,5	2,3	2,5	2,0
становищем в суспільстві (державі)	3,4	3,0	3,3	2,9
відносинами з друзями, близькими знайомими	3,3	1,6*	2,9	2,3
сферою послуг и побутового обслуговування	2,3	2,1	2,9	2,2
сферою медичного обслуговування	3,2	2,0	3,1	2,3
проведенням відпочинку	3,6	2,1*	3,1	3,0
можливістю проводити відпустку	3,4	2,7	3,2	2,5
можливістю вибору місця роботи	3,6	2,0*	3,1	2,4
своїм образом життя загалом	3,7	2,1*	3,4	2,8

Примітка: \* — різниці вірогідні при  $p \leq 0,001$



Водночас, в результаті проведення запропонованої терапії у хворих основної групи були визначені більш виражені зміни за рівнем соціальної фрустрованості за показниками: «відносини з колегами на роботі» ( $p \leq 0,05$ ,  $DK = 2,66$ ,  $MI = 1,39$ ), «стосунки з подружжям» ( $p \leq 0,001$ ,  $DK = 2,79$ ,  $MI = 2,49$ ), «відносини з дітьми» ( $p \leq 0,001$ ,  $DK = 3,09$ ,  $MI = 2,01$ ), «відносини з друзями» ( $p \leq 0,001$ ,  $DK = 3,39$ ,  $MI = 3,09$ ) «проведення дозвілля» ( $p \leq 0,05$ ,  $DK = 1,89$ ,  $MI = 1,39$ ), «можливість вибору місця роботи» ( $p \leq 0,001$ ,  $DK = 2,79$ ,  $MI = 2,49$ ) та «задоволеність своїм образом життя загалом» ( $p \leq 0,05$ ,  $DK = 2,79$ ,  $MI = 1,39$ ). Рівень соціальної фрустрованості знизився з «дуже високого рівня» до «пониженого рівня» ( $p \leq 0,05$ ). Ці дані свідчать про позитивну динаміку у психологічному стані хворих з АП, а також про формування більш гармонійних емоційних реакцій саме в тих стосунках, де є визначені в процесі дослідження фактори, які сприяли або створювали сприятливе підґрунтя до формування АП (наявність схильності до АП серед оточуючих: батьки, колеги, друзі, подружжя). Досягнуті позитивні зміни, з нашої точки зору, у подальшому можуть бути основою до формування більш адаптивних стереотипів реагування на значущі ситуації та стосунки.

Нами проведений катamnестичний аналіз через 1,5 роки після лікування. Під час проведення катamnестичного оцінювання ефективності запропонованої терапії особливу увагу ми приділяли змінам, що спостерігалися серед показників соціального характеру, які віддзеркалювали «зайнятість» та «сімейний стан». Зокрема, серед пацієнтів, що отримували розроблену нами терапію, спостерігалось збільшення кількості осіб, що належать до «працюючих» (з 34,28 % — до лікування та 45,45 % — після лікування), зменшилась кількість непрацюючих (25,71 % та 14,28 % відповідно,  $p \leq 0,01$ ,  $DK = 1,87$ ,  $MI = 0,94$ ), збільшилась кількість хворих, що почали вчитися (31,42 % та 37,14 % відповідно) та значно зменшилась кількість осіб, які не вчилися (з 8,57 % до 5,71 % відповідно,  $p \leq 0,05$ ,  $DK = 1,71$ ,  $MI = 0,23$ ). У пацієнтів основної групи також змінився сімейний статус: кількість розлучених зменшилась до 14,28 % хворих (25,7 % — до лікування), збільшилась кількість осіб, що набули статус «сімейні» — 51,42 % (40,0 % до початку лікування). Серед хворих групи порівняння змін у соціальному статусі не спостерігалось.

Отже, на підставі вивчення клініко-психопатологічних характеристик і особистісних механізмів формування АП при невротичних розладах розроблено систему психотерапії цих станів, яка включала інтеграцію екзистенційно-аналітичної, проблемно-орієнтованої та особистісно-орієнтованої психотерапії в різноманітних модифікаціях та комбінаціях, у формі індивідуальних та групових занять.

Доведено ефективність запропонованої системи психотерапії, яка полягала в зниженні аддиктивного статусу та поліпшенні соціального функціонування пацієнтів з невротичними розладами. Катamnестичні дослідження, проведені протягом 1,5 років, свідчили про стійкість досягнутого ефекту.

Отже, отримані дані слід враховувати під час проведення психотерапевтичних заходів пацієнтам з невротичними розладами, які поєднані з АП.

## Список літератури

1. Марута Н. О. Стан надання та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні // Архів психіатрії. 2011. Т. 17. № 3 (66). С. 5—9.
2. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2014—2015 роки : статистичний довідник / МОЗ України, ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України». К., 2016. 325 с.
3. Волошин П. В., Марута Н. О. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 1 (82). С. 5—12.
4. Аддиктивные заболевания как модель психосоциальной и психосоматической экологии : материалы юбилейной науч.-практ. конф. ННЦ наркологии, М., 5—7 окт. / Т. В. Чернобровкина. М., 2010. С. 160—162.
5. Марута Н. А. Проблема коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационные аспекты // Здоров'я України. 2013. 30.12.2013. С. 38—39.
6. Peculiarities of comorbid addictions in neurotic disorders / Maruta N., Kolyadko S., Denysenko M. [et al.] // The journal of the European psychiatric association Abstract of the 24<sup>th</sup> European Congress of Psychiatry Varch. 2016. Vol. 33. S1-806 EV 382.
7. Марута Н. О., Колядко С. П., Денисенко М. М. Типологічні особливості аддиктивних (нехімічних) порушень при невротичних розладах // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 3 (84). С. 146—147.
8. Марута О. С. Патопсихологічні механізми неврозогенезу // United-Journal. 2017. № 8. Р. 41—45.
9. Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов / Линский И. В., Минко А. И., Артемчук А. Ф. [и др.] // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. 2009. № 2. С. 56—70.
10. Райгородский, Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Самара : Бахрах-М, 2006. 672 с.
11. Maruta N., Kolyadko S., Denysenko M., Kalenska G. Risk and anti-risk factors for development of neurotic disorders with addictive behavior // Abstract book "Mental Health, Direction and Challenges" WPA Regional Conference 2016 Tbilisi April 27—30. PO-29. P. 65—66.
12. Комплексний аналіз клініко-психопатологічних та патопсихологічних проявів невротичних розладів, сполучених з аддиктивними формами поведінки / Марута Н. О., Колядко С. П., Каленська Г. Ю. [та ін.] // East European scientific journal. 2016. Vol. 2, 6 (10). С. 21—29.

Надійшла до редакції 19.04.2018 р.

**КОЛЯДКО Світлана Петрівна**, доктор медичних наук, провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), м. Харків, Україна; e-mail: s.kolyadko@ukr.net

**КАЛЕНСЬКА Галина Юрївна**, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник відділу пограничної психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна

**ДЕНИСЕНКО Михайло Михайлович**, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: mdenisenko@ukr.net

**KOLYADKO Svitlana**, Doctor of Medical Sciences, Leading Researcher of the Department of Borderline Psychiatry of State Institution "Institute of Neurology Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("INPN of the NAMS of Ukraine" SI), Kharkiv, Ukraine; e-mail: s.kolyadko@ukr.net

**KALENSKA Galyna**, PhD in Psychological Sciences, Senior Researcher of the Department of Borderline Psychiatry of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

**DENYSENKO Mykhailo**, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Urgent Psychiatry and Narcology of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: mdenisenko@ukr.net