

стаціонарному ліченню в КРУ ПБ № 5. Критеріями включення пацієнтів в дослідження були: відповідність виявленої у них клінічної картини параноїдної шизофренії, тривалість захворювання не більше 5 років, кількість приступів (епізодів) не більше трьох. Для оцінки частоти використання і вираженості копинг-механізмів застосовували методику «Копинг-тест (R. Lazarus, S. Folkman, 1984); для діагностики механізмів психологічної захисту — методику «Індекс життєвого стилю» (Вассерман Л. І., Ерышев О. Ф., Клубова Е. Б., 1999).

Середній вік досліджуваних становив $32,3 \pm 2,4$ років. Дебют захворювання набувся в $26,7 \pm 1,2$ років. Длительність хвороби $3,6 \pm 1,5$ років. В клінічній картині у пацієнтів переобладали параноїдні ($34,5 \pm 4,7$ %) і галюцинаторно-параноїдні ($56,7 \pm 4,5$ %) синдроми. Домінуючими видами копинг-стратегій у досліджуваних були: планування (76,79 %), самоконтроль (74,18 %), прийняття (73,3 %), позитивна переоцінка (72,8 %), дистанціювання (70,99 %), пошук соціальної підтримки (67,41 %), конфронтація (53,9 %), бегство (53,89 %). Переобладаючими механізмами соціальної захисту являлись: отрицання (61,48 %), інтелектуалізація (55,37 %), проєкція (51,28 %), раціоналізація (45,33 %), регресія (43,33 %).

Аналіз частоти використання і вираженості копинг-стратегій і механізмів психологічної захисту дозволив виділити наступні їх дезадаптивні комбінації, характерні для досліджуваного контингенту: пошук соціальної підтримки — проєкція; бегство — уникнення; прийняття відповідальності — інтелектуалізація; планування, пошук соціальної підтримки — отрицання; прийняття відповідальності, самоконтроль — регресія.

При розробці реабілітаційних програм для больних параноїдною формою шизофренії з першими психотичними епізодами необхідно учити індивідуальний адаптаційно-компенсаторний потенціал пацієнтів, що дозволить більш обґрунтовано вибрати мішені для психотерапевтичної корекції і підвищити адаптивні можливості больних.

УДК 616.895.8:616.89-008.454-085

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ДЕПРЕСІЇ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ ТА АСПЕКТИ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

С. Д. Савка

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: шизофренія, депресія, діагностика, лікування

Афективні розлади займають вагоме місце в клінічній картині шизофренії. Розповсюдженість депресивних розладів серед всіх пацієнтів, що страждають на шизофренію, складає за даними різних авторів від 30 до 70 % у психотичному періоді, після редуції психозу — біля 25 % і в стані між нападами — від 15 до 33 %. Важливим є вчасне виявлення симптомів депресії при шизофренії у зв'язку з тим, що вони не тільки посилюють страждання, але й погіршують психосоціальне функціонування і передують суїцидальним спробам.

Афективні розлади розпізнаються вчасно далеко не завжди. Це пов'язано з тим, що на перший план у клінічній картині виходять порушення мислення, галюцинаторно-маячні та негативні симптоми, а сама депресія має атиповий перебіг. Депресія при шизофренії може мати певні особливості: відсутність добового коливання настрою, переважання апатоабулічних проявів, відсутність суттєвої рухової загальмованості, символізм і безглуздість у змісті депресивних ідей, відсутність міміко-пантомімічних та інтонаційних проявів депресивного афекту, амбівалентність, деяка неадекватність емоційних реакцій.

З метою покращення діагностики депресії при шизофренії рекомендовано проводити пацієнтам експериментально-психологічні дослідження з використанням шкали Гамільтона (HDRS), шкали оцінки позитивних та негативних синдромів (PANS).

Депресія може виникати на різних етапах перебігу шизофренічного процесу. Афективні симптоми, що представлені

депресивним настроєм, відносять до числа найбільш характерних проявів продрому шизофренії (у вигляді невротичної або соматизованої депресії), а також можуть виступати як дебют шизофренії. Депресії, що розвиваються на протязі захворювання, визначають клінічну картину психогенно прокованих приступів. На післяприступних етапах перебігу шизофренії можна виділити два варіанти депресії: постпсихотичну (нейролептичну) і постшизофренічну.

Важливе значення для своєчасної і адекватної корекції комплексного лікування хворого має правильне визначення і клінічна оцінка симптомів депресії. Для переривання депресивних приступів ендогенного типу застосовують психотропні засоби, хоча раніше надавали перевагу інсулінокоматозній, електросудомній та симптоматичній терапії. На теперішній час з цією метою використовують нейролептики в поєднанні з циклічними антидепресантами (меліпрамін, амітриптилін) та селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну, а також нейролептики з антидепресивним ефектом (хлорпротиксен, френолон, сонпакс). При призначенні трициклічних антидепресантів є ризик підсилення продуктивної психопатологічної симптоматики.

Альтернативним підходом до лікування депресії та негативних симптомів при шизофренії є монотерапія атипичними антипсихотичними препаратами. Рисполепт більш ефективний при афективно-маячних та афективно-галюцинаторних розладах, а також при переважній апатичної та анергічної симптоматики (у малих дозах має стимулюючий ефект), зіпразидон, оланзапін та соліан (амісульприд) зменшують відчуття безпорадності, депресію та схильність до самогубств.

У поєднанні із призначенням психотропних препаратів важливе значення має проведення фізіотерапії, психотерапії (когнітивної, сімейної та арт-терапії), трудової та забезпечення соціальної підтримки хворих.

Отже, раннє виявлення ознак депресії при шизофренії дозволяє вчасно провести комплексне лікування із застосуванням сучасних психотропних препаратів, що покращує перебіг захворювання, скорочує тривалість лікування та полегшує соціальну адаптацію пацієнтів.

УДК 616.89-008.454

ЗАСОБИ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ТА ДОПОМОГИ ХВОРИМ У ВИБОРІ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ПІДХОДІВ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ

С. О. Сазонов

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», м. Харків

Ключові слова: лікування, допомога, хворі, депресія

Актуальність вивчення проблеми депресивних розладів важко недооцінити. Так, без лікування депресивні розлади призводять до передчасної смертності від соматичних хвороб, суїцидів. Непрацездатність, а також скорочення внаслідок депресії років активного життя є також надзвичайно значущими. Згідно з прогнозом ВООЗ на 2020 рік уніполярна депресія опанує друге місце серед захворювань, що спричиняють непрацездатність у Європі та Північній Америці (Н. Сарторіус, 2009 р.). Можна стверджувати, що такі тенденції в Україні, зважаючи на організаційні особливості, згодом вплинуть і на демографічну ситуацію.

Існуючі, зокрема на пострадянському просторі рекомендації щодо лікування депресивних розладів (Мосолов С. Н., 1995; Смулевич А. Б., 2001, 2003; Краснов В. Н., Корнетов Н. А., 2009) традиційно недостатньо враховують, що лікування депресії є послугою обслуговування, а психічнохворий на депресивні розлади пацієнт є споживачем медичних послуг.

Тести та шкали для верифікації депресії та оцінки ступеня її важкості, що традиційно застосовуються в клініці (HDRS, Hamilton, 1967; HADS, Zigmond A. S., Snaith R. P., 1983; MADRS, Montgomery S. A., Asberg M., 1979, та інші), навіть ті, що призначені для самооцінки симптоматики (Zung W. K., Durham N. C., 1965, та інші) орієнтовані переважно на отримання даних для лікаря, фахівця, а не пацієнта — споживача послуг.