

розлади. У даній групі жінки складали 80,0 %, чоловіки — 20,0 %. Середній вік обстежених складав 35 років. Депресія у хворих на рекурентний депресивний розлад маніфестувала у віці 30—32 роки. Перші фази за звичай мали ознаки реактивності. «Світлі проміжки» складали 1,0—2,5 року. Синдромологічна картина хвороби носила складний, мінливий характер. У 41,3 % спостерігалися тривожно-фобічні, у 18,9 % — сенесто-іпохондричні та 39,8 % — соматовегетативні прояви. У пацієнтів більш похилого віку (з 50 до 63 років) поряд із типовими симптомами — пригніченість, зменшення ініціативи, відчуття провини, розлади нічного сну, зменшення маси тіла, спостерігалася тривожна іпохондрія. В усіх обстежених на протязі катамнестичного спостереження мала місце нестабільність клінічної картини захворювання.

Були виділені три варіанти депресії: тривожно-тужлива (48,2 %), істеро-депресивна (23,2 %) та депресія з моторною загальмованістю (38,6 %). Ідея самогубства з самого початку виникнення депресії розглядалася пацієнтами як прийнятний вихід з ситуації. Але думки про смерть мали нестійкий, епізодичний характер. Посилення тривожності пов'язане із посиленням суїцидальних думок і рішення накласти на себе руки відчувається як єдино можливий вихід. Думки про самогубство набувають все більш окреслених рис і стають суїцидальними намірами. При істеро-депресивній формі депресія супроводжувалася яскравими образними рисами поведінки, суїцидальні думки за звичай не приховувалися (41,1 %). Пацієнт «вагався» між життям та смертю та чекав на дію зовнішнього фактору, що мав бути вирішальним. Клінічно спостерігалася астенічна депресія, сльозливість, млявість. Виникала втома від життя, безперспективність існування, суїцидальні наміри детально пророблялися. Їх тяжкість часто напругу залежала від наявності соматичної обтяженості хворого.

Найменше суїцидальних думок та суїцидальних намірів виявлено у хворих із моторною загальмованістю — у пацієнтів, що знаходяться у вираженому депресивному стані.

Були з'ясовані клініко-психопатологічні особливості у хворих на рекурентні депресивні розлади з суїцидальною поведінкою: виражена депресія (пригнічений настрій, відчуття повної безвихідності та безнадійності), відчуття вини та тягаря для оточуючих, з чим були й пов'язані суїцидальні думки; висока ідеаторна та моторна розгальмованість; тривожність з соматичними симптомами; добові коливання стану — поліпшення ввечері після 18 години.

УДК 615.851-005

НАПРЯМКИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ІНТЕГРАЦІЇ

О. О. Хаустова¹, В. Г. Безшейко²

¹ Національний Медичний Університет ім. О. О. Богомольця;

² Київська міська клінічна наркологічна лікарня «Соціотерапія»

Ключові слова: психотерапія, інтеграція, контент-аналіз, класифікація

Останніми роками покращилась якість лікування пацієнтів з розладами психіки і поведінки, введені сучасні методи діагностики, постійно розробляються та оновлюються клінічні рекомендації. Разом з тим, ще недостатньо розроблена науково-практична база лікування пацієнтів з пограничними та субклінічними розладами психіки, особливо в первинній мережі. Причому, з одного боку, розроблені докладні клінічні рекомендації щодо психофармакотерапії, принципів психотерапії і соціальної підтримки, з іншого боку, — існує понад 400 психотерапевтичних методів, кожен з яких має право на існування, але не визнаний доказовою медициною (за А. Е. Bergin et al., 1994). На тлі плюралізму психотерапевтичних методів та технік актуалізувалось питання уніфікації та інтеграції розрізаних психотерапевтичних шкіл, що за даними контент-аналізу наукових першоджерел отримувало своє вирішення у декількох основних напрямках. Перший

напрямок спрямований на визначення ефективності певних видів психотерапії стосовно лікування визначених захворювань: КБТ є ефективною для лікування депресивних розладів (А. Murphy, 1986; S. Hollon, 1992), тривожних розладів (К. Clark, 1996), ОКР (М. Franklin, 2002), СФР (G. Simon, 2002), адикцій (М. Ersein, 2003); системна (сімейна) психотерапія — для лікування алкогольної залежності (D. Edwards, 1995), для зменшення ймовірності рецидивів у хворих на шизофренію (А. Barbato, 2000).

Другий напрямок роботи орієнтований на пошук спільних факторів дії: у 1986 році Т. Karasu дійшов висновку, що арсенал психотерапії складається лише з трьох окремих механізмів дії: індукція афекту, когнітивний контроль, регуляція поведінки. Надалі цей перелік значно розширили: М. Lambert, А. Bergin (1994) виявили спільні фактори дії (катарсис, терапевтичний альянс, емпатія), навчаючи (порада, афективний досвід, когнітивне навчання, корекція емоційного досвіду, інсайт) та спрямовані на дію (регуляція поведінки, конфронтація зі страхом, моделювання, практика).

Третій напрямок спрямований на пошуки способів інтеграції: М. Schottenbauer (2005) представив класифікацію методів інтеграції психотерапевтичних шкіл, а саме — асимілятивна (просте об'єднання технік та теорій), послідовна та паралельно-конкуруюча (певний вид психотерапії в певний період часу з певною лікувальною метою), теоретично представлена інтеграція (створення універсальної метатеорії) та технічний еkleктизм (об'єднання без теоретичної основи, з урахуванням досліджень ефективності). Останній підхід стосується об'єднання психотерапії з іншими нейронауками (нейроімуноендокринологією, психофізіологією та ін.), що дозволяє з позицій доказової медицини визначити ефективність психотерапевтичного втручання. Так, за даними нейрофізіології, транквілізатори діють тільки на усвідомлені емоційні реакції та потяги і майже не діють на неусвідомлені (Э. А. Костандов, 1994). Відповідно, щоб покращити лікувальний ефект, необхідно психотерапевтично підвищити усвідомлення.

Інтеграція перелічених підходів дозволила нам запропонувати таку класифікацію спільних факторів дії на основі нейрофізіологічного механізму впливу психотерапевтичних методів на організм людини: безпосереднє научіння (прямий вплив на дезадаптивні патерни поведінки, методи протиобумовлення, десенсибілізації, стимульний контроль); опосередковане научіння (методи підвищення усвідомлення, інсайт); фактори покращання научіння (катарсис, емпатія, психотерапевтичний альянс, фармакотерапія, соматичний стан пацієнта). Комплексний підхід до факторів дії дає можливість розробити раціональний інтегративний підхід до лікування пограничних та субклінічних розладів психіки, особливо в первинній мережі.

УДК 616.379-008.64:616.1:615.85

ФЕНОМЕН ГІПЕРВЕНТИЛЯЦІЇ ЯК ОБЛІГАТНИЙ СИМПТОМ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З МСХ

О. О. Хаустова., І. В. Лазебник

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ

Ключові слова: психосоматичні розлади, тривожні розлади, метаболічний синдром Х, серцево-судинні захворювання

Гіпервентиляція, тривожні розлади та метаболічний синдром Х клінічно пов'язані між собою. Метою нашого дослідження було виявлення прихованих симптомів тривожних розладів та пов'язаних з ними вегетовісцеральних симптомів. Ми обстежили 183 пацієнти з тривожними розладами, з них пацієнти з метаболічним синдромом Х (97 осіб — основна група), пацієнти без метаболічного синдрому Х (86 осіб — контрольна група) з використанням гіпервентиляційної проби за такою методикою — 2-разове виконання такого навантаження: десять швидких, форсованих, глибоких вдихів-видихів з наступною затримкою