

розлади. У даній групі жінки склали 80,0 %, чоловіки — 20,0 %. Середній вік обстежених склав 35 років. Депресія у хворих на рекурентний депресивний розлад маніфестувала у віці 30—32 роки. Перші фази за звичай мали ознаки реактивності. «Світлі проміжки» склали 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 вегетативних 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

дихання на десятому повному, глибокому вдихові до появи бажання дихати (заявка на патент № u 2010 04106 від 08.04.2010). За нашими спостереженнями, зазвичай симптоми з'являлись на 8—10 вдиху і перших 15—25 секундах затримки дихання (тривога, паніка, відчуття задиху, запаморочення та ін.).

При проведенні гіпервентиляційної проби у пацієнтів з метаболічним синдромом Х поряд з соматичними ознаками гіпероксигенації (які мали дуже широкий спектр та інтенсивність) виникали панічні атаки в 83,5 %, у пацієнтів загальної популяції вони виникали в 10,5 %, соматичні прояви були також менш виражені та відрізнялись меншим спектром проявів. Так, у пацієнтів основної групи психічні симптоми були представлені тривогою — 97 осіб (100 %), неспокоєм — 97 осіб (100 %), збудженням — 68 осіб (70,1 %), дереалізацією — 55 осіб (56,7 %), деперсоналізацією — 56 осіб (57,7 %), страхами — 81 особа (83,5 %), зниженням концентрації уваги — 90 осіб (92,8 %), погіршенням пам'яті — 74 особи (76,4 %), звуженням свідомості — 17 осіб (17,5 %), плаксивістю — 28 осіб (28,9 %).

Більшість пацієнтів, яким проводилась гіпервентиляційна проба, відмічали покращання свого самопочуття через 5—15 хвилин після виконання гіпервентиляційної проби (85 осіб — 87,6 % з метаболічним синдромом Х та 64 особи — 74,4 % контрольної групи), зниження напруги та рівня тривоги, супутніх соматичних симптомів в порівнянні із своїм станом до виконання гіпервентиляційної проби. Механізм покращання — умовно-рефлекторне підвищення стійкості до гіпероксигенації та гіпокапнії, що пов'язані з розвитком тривоги. Ми рекомендували пацієнтам виконувати дихальні вправи на зразок виконаної ними гіпервентиляційної проби двічі в день (вранці та ввечері), пацієнтам з панічними розладами рекомендувалось зупиняти розвиток нападу аналогічними дихальними вправами. Вже через 2 тижні — місяць вони відмічали зникнення чи значне ослаблення психічних та вегетовісцеральних проявів під час виконання ними гіпервентиляційної проби. Найбільш ефективною проба показала себе при тривожно-фобічних розладах, панічних розладах, посттравматичному стресовому розладі, розладах адаптації, органічному тривожному розладі. В усіх випадках було відмічено високу діагностичну ефективність, яка дозволяє виявити приховану тривогу та пов'язані з нею вісцеро-вегетативні симптоми. Спосіб простий, швидкий у виконанні та не потребує додаткового обладнання.

На нашу думку, застосування комплексної психолого-психіатричної діагностики, раннє психотерапевтичне лікування з використанням дихальних вправ на гіпервентиляцію, когнітивно-біхевіоральної, гіпносуггестивної та умовно-рефлекторної психотерапії не тільки має підвищити швидкість та якість одужання, але й сприятиме суб'єктивному задоволенню пацієнтів якістю лікування та життя.

УДК 616.895.8-058

СОЦІАЛЬНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З АНГЕДОНІЄЮ

О. О. Хаустова, Н. М. Орлова

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

Ключові слова: шизофренія, постпсихотична депресія, депресивний розлад, ангедонія, якість життя

Вплив ангедонії та негативного афекту на соціальне функціонування хворих з шизофренією залишається однією з актуальних проблем сучасної психіатрії. Неможливість виконувати повсякденну діяльність способом та в об'ємі, звичайних для людини, створює перешкоди у соціальному середовищі, ставить хворого в незручне становище порівняно зі здоровими та проявляється обмеженням життєдіяльності і призводить до соціальної дезадаптації, — виявляється нездатність людини виконувати звичайну для її становища роль у суспільстві.

Метою дослідження було виявлення впливу ангедонії на рівень непрацездатності та соціального функціонування, визначення якості життя хворих на шизофренію з переважанням негативної симптоматики (НШ) та на постпсихотичну депресію (ППД) в порівнянні з показниками хворих на депресивний розлад (ДР). Для визначення рівня ангедонії використовували шкалу ангедонії Чапмана. Для оцінки рівня непрацездатності застосовували шкалу непрацездатності Шихана. Шкалу GAF використовували для загальної оцінки когнітивних функцій та соціального функціонування

Було обстежено 272 особи, визначено 2 основних і контрольну групи (115 хворих на параноїдну шизофренію з переважанням негативної симптоматики, 90 хворих з постпсихотичною депресією, 67 хворих з депресивним синдромом в структурі афективних розладів). Кількість чоловіків — 59,19 %, жінок — 40,81 %, середній вік всіх респондентів склав $34,98 \pm 0,64$ років. У 57,72 % хворих спостерігалась ангедонія. Загальний рівень ангедонії в усіх групах сягав легкого ступеня ($31,13 \pm 1,54$). В усіх групах непрацездатність сягала високого рівня. В групі НШ з ангедонією рівень непрацездатності мав достовірну різницю ($p \leq 0,05$) та позитивно корелював з контрольною групою хворих з ангедонією ($R = 0,343$). В групі НШ у пацієнтів з ангедонією спостерігались значні порушення функціонування в когнітивній сфері (робота/навчання) та сфері «спілкування з іншими людьми», в порівнянні з хворими без ангедонії. У цих хворих спостерігались порушення помірного ступеня. В сфері «сімейне життя/домашні обов'язки» в усіх пацієнтів спостерігалось помірне порушення. Проте слід зауважити, що була достовірною різниця показників у пацієнтів з ангедонією в сфері «спілкування з іншими людьми» ($p < 0,05$; $r = 0,329$) та сімейне життя/домашні обов'язки ($p < 0,01$; $r = 0,385$). В групі хворих з ППД з ангедонією спостерігалось більш виражене порушення в усіх трьох сферах. Найбільш вразливою була когнітивна сфера (робота/навчання) — значний ступень порушення. В сфері «спілкування з людьми» ($p < 0,01$; $r = 0,428$) та «сімейне життя/домашні обов'язки» ($p < 0,01$; $r = 0,598$) виявлені помірні порушення, однак ці порушення мали достовірну різницю проти пацієнтів цієї групи без ангедонії. У пацієнтів без ангедонії спостерігались помірні порушення в усіх сферах життєдіяльності. В групах ППД та НШ спостерігалось значне зниження виконання когнітивних функцій стосовно до освіти та соціально-економічного статусу. Спостерігалися важкі когнітивні порушення, що заважали активності в різних областях соціальної та професійної діяльності або навчанню. Тобто пацієнти потребували допомоги в побуті вдома або в закладах по догляду за хворими. Проте в контрольній групі спостерігалися виражені когнітивні порушення та виражені порушення соціальної та професійної діяльності, але пацієнти були здатні до самостійного життя, з деякою допомогою в побуті. Тривале перебування в лікарні майже в усіх хворих супроводжувалось почуттям безпорадності, як стосовно безпосереднього оточення та медичного персоналу, так стосовно себе. Найбільш негативний вплив на загальне враження від перебування в лікарні робила ізоляція, неможливість самореалізації, задоволення загальнолюдських потреб, відчуття своєї належності до будь-якого товариства.

Отримані результати, виявили погану якість життя у пацієнтів з ангедонією в усіх трьох групах дослідження. В групі хворих з НШ якість життя була достовірно більш вираженою ($p \leq 0,05$; $r = -0,282$) ніж у контрольній групі. Проте у пацієнтів без ангедонії в усіх трьох групах спостерігалася задовільна якість життя.

Таким чином, проаналізувавши отримані результати, можна зробити висновок про те, що наявність ангедонії в клінічній картині шизофренії робить сприятливим підґрунтя для погіршення когнітивних показників, порушення спілкування та нездатність виконувати свої домашні та сімейні обов'язки, та погіршує якість життя хворих.