

Тактика лечения зависит, в значительной мере, от уровня нарушений. При выраженности эмоционального уровня нарушений (признаки депрессии, фобии или тревоги, в том числе алекситимии или «немой тревоги», соматовегетативной симптоматики) целесообразнее использовать основной курс фармакотерапии с применением антидепрессантов. В некоторых случаях для обеспечения быстрого симптоматического эффекта целесообразно применение транквилизаторов или других препаратов с анксиолитическим действием (например, некоторых антипсихотиков) кратковременными курсами. В случаях преобладания когнитивного компонента нарушений наиболее целесообразным является использование методов когнитивной или когнитивно-бихевиоральной терапии с целью расширения познавательных функций. Сопутствующая фармакотерапия должна или минимально влиять на когнитивные функции (не следует применять продолжительно препараты с выраженным седативным действием), или расширять когнитивные возможности (например — современные антидепрессанты). В случаях преобладания поведенческих нарушений наиболее целесообразным является использование методов бихевиоральной или когнитивно-бихевиоральной терапии, применение фармакологического контроля поведения (например — корректоры поведения). Лечение соматоформных расстройств — длительное. Возможно изменение тактики лечения в связи с переходом от одного уровня к другому. Следует помнить, что больные с соматизированным расстройством с готовностью воспринимают все лечебные назначения, в том числе и замену препарата, иногда делают акцент на постоянные изменения лечебной тактики, что не позволяет достигнуть необходимого результата.

і «реактивного утворення» (дезадаптивний МПЗ, 30,6 % ОГ і 25,0 % ГП); копінг-стратегії: «дистанціювання» (неконструктивна копінг-стратегія, 83,3 % ОГ і 71,9 % ГП), «прийняття відповідальності» (відносно конструктивна, 62,5 % ОГ і 65 % ГП), рідше — «самоконтроль» (конструктивна, 45,8 % ОГ і 50 % ГП) і «тікання — уникнення» (неконструктивна, 13,9 % ОГ і 25 % ГП); типи реагування на захворювання (ТРНЗ): ергопатичний — 25,0 % ОГ і 28,1 % ГП, сенситивний — 23,6 % ОГ і 15,6 % ГП, і тривожний ТРНЗ — 13,9 % ОГ і 15,6 % ГП; рівень самоактуалізації — 55,6 % ОГ і 46,9 % ГП мали низький (менш ніж 45 Т-балів), 34,7 % ОГ і 37,5 % ГП мали середньостатистичний рівень самоактуалізації (45÷54 Т-бали).

Отже, було встановлено внутрішньоособистісні та психосоціальні фактори, які сприяють психологічній адаптації пацієнток (емотивний тип акцентуації характеру, конструктивна копінг-стратегія «самоконтроль», відносно конструктивна «прийняття відповідальності», адаптивний МЗП «заперечення», ергопатичний ТРНЗ, високий рівень самоактуалізації, достатній рівень соціальної підтримки) або погіршують адаптаційний потенціал та прогноз (збудливий, тривожний та демонстративний типи акцентуацій характеру, підвищений загальний рівень напруження МПЗ, превалювання в структурі дезадаптивних МПЗ і неконструктивних копінг-стратегій, неконструктивна копінг-стратегія «дистанціювання», «тікання — уникнення», дезадаптивні МПЗ «проекція» і «реактивне утворення», дисгармонічне поєднання копінг-стратегій: дистанціювання — пошук соціальної підтримки, дисгармонічні поєднання копінг-стратегій та психологічних захистів: пошук соціальної підтримки — заперечення; планування вирішення проблеми — заперечення, тікання-уникнення — інтелектуалізація, сенситивний, тривожний ТРНЗ, низький рівень самоактуалізації, дефіцит соціальної підтримки) і призводять до дезадаптації.

Результати дослідження дозволили прийняти клінічно обґрунтоване рішення щодо вибору психотерапевтичних мішеней та методів психокорекції в кожному індивідуальному випадку, прогнозувати ризик розвитку дезадаптивних станів, проводити психопрофілактику, планувати та організовувати заходи медико-психологічної допомоги та психореабілітації.

УДК 616.89:159.942.25+618.19-089.87+616-006.04:159.972

Мартинова Ю. Ю., Мацько Н. Г.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова (м. Вінниця)

Внутрішньоособистісні та психосоціальні складові адаптаційного потенціалу жінок, які перенесли мастектомію

Мета дослідження — вивчення індивідуально-психологічних та психосоціальних особливостей жінок, які перенесли мастектомію.

Було досліджено 104 пацієнтки, хворих на рак молочної залози, які перенесли мастектомію. Основну групу (ОГ) склали 72 пацієнтки після радикальної мастектомії (РМ), групу порівняння (ГП) — 32 жінки після секторальної мастектомії (СМ). Було використано методику визначення акцентуацій характеру за Г. Шмішеком; методику Лазаруса «Способи копінга»; методику діагностики індексу життєвого стилю (ІЖС) опитувальником Плутчика — Келлермана — Конте; опитувальник ТОВОЛ; самоактуалізаційний тест (САТ); багатомірну шкалу сприйняття соціальної підтримки — MSPSS; Д. Зімет (адаптація В. М. Ялтонський, Н. А. Сирота).

Структура компенсаторно-адаптаційного потенціалу досліджуваних: акцентуації характеру притаманні 81,9 % пацієнток ОГ і 78,1 % пацієнток ГП (дистимічність — 33,3 % ОГ та 34,4 % ГП; тривожна боязливність — 16,7 % ОГ та 18,8 % ГП; емотивність — у 15,3 % ОГ та 15,6 % ГП; демонстративність — 9,7 % ОГ та 9,4 % ГП); було виявлено схильність до використання МЗП, а не копінг-стратегій, переважання в їх структурі «заперечення» (адаптивний МЗП — у 62,5 % ОГ і у 59,4 % ГП, «інтелектуалізація» — 22,2 % ОГ і 21,9 % ГП), «проекції» (дезадаптивний МПЗ, 40,3 % ОГ і 34,4 % ГП)

УДК 616.85-008.447-08

*Марута Н. О., Колядко С. П., Явдак І. О.,
Каленська Г. Ю., Денисенко М. М.*

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Особливості терапевтичних заходів у хворих на невротичні розлади з аддиктивними формами поведінки

В Україні спостерігається зростання захворюваності населення психічними розладами, серед яких «погранична» патологія займає одне з провідних місць. Відомо, що основою формування невротичного розладу є наявність психогенного конфлікту, прояви якого залежать від адаптивних можливостей особистості, особливостей її емоційно-мотиваційної, ціннісної та поведінкової складових. У ситуації фрустрації їх порушення є сприятливим ґрунтом для формування широкого спектра психопатологічних реакцій не тільки невротичного кола, а й особистісного, спрямованих на досягнення емоційного задоволення («розрядки») за допомогою замісних форм реагування (аддиктивної поведінки (АП)) (Воробйова Т. М., 2004; Марута Н. О., 2009; Лінський І. В., 2009). З огляду на вищевикладене, важливою для науки та практики є проблема надання допомоги

пацієнтам з невротичними розладами, які поєднуються з АП, що і стало метою нашого дослідження.

Обстежено 148 хворих з невротичними розладами: 46 осіб з неврастенією (F48.0), 53 пацієнти із дисоціативним розладом (F44.7) і 49 осіб з тривожно-фобічним розладом (F40.8), відповідно до критеріїв МКХ-10.

В результаті використання AUDIT-подібних тестів виявлено, що у 59,73 % хворих на невротичні розлади спостерігався високий ризик формування АП, переважно соціально-прийняттого характеру: Інтернет (39,45 %), перегляд телепередач (37,61 %), комп'ютерні ігри (11,93 %), шопінг (26,61 %), трудоголізм (26,61 %). На ґрунті проведеного клініко-психопатологічного та психодіагностичного (опитувальник «Стратегії подолання стресових ситуацій» — SACS, шкала сприйняття соціальної підтримки — MSPSS) дослідження виокремлені чинники ризику формування невротичних розладів, що поєднуються з АП: вік до 30 років; вираженість тривожної і обсесивної симптоматики; особливості копінг-стратегій: виражена актуалізація копінгів «уникнення» й «агресивні дії»; зниження конструктивності копінг-стратегій; особливості ціннісно-мотиваційної сфери: актуальність потреби в самовираженні, свободі й активності; дезактуалізація потреби в емоційному насиченні.

З урахуванням виокремлених факторів ризику запропонована комплексна терапевтична програма, основу якої складають психотерапевтичні методи впливу. Програма складається з трьох етапів: I-й — *загальностабілізуючий*, спрямований на зняття емоційної напруженості, опрацювання особистісних і емоційних реакцій на хворобливі симптоми із застосуванням індивідуальної психотерапії (методи раціональної та сугестивної психотерапії, 2—3 сесії); II-й — *патогенетичний*, спрямований на опрацювання психологічних механізмів формування невротичної симптоматики та АП, тренінг конструктивних копінг-стратегій і зміну ціннісно-мотиваційних настанов за допомогою роботи в групі із застосуванням когнітивно-поведінкових тренінгів, технік психодрами (10—15 сесій); III-й — *завершальний*, метою якого є закріплення нових форм поведінкових реакцій, конструктивних форм міжособистісної взаємодії (групова психотерапія) і розвитку самоактуалізації особистості (гуманістична психотерапія AUDIT, 3—5 сесій).

За принципами розробленої комплексної терапії отримали лікування 63 хворих на невротичні розлади з АП. Оцінювання ефективності лікування проводили за даними AUDIT-подібних тестів (враховували середній бал, який відображає виразність проявів залежної поведінки). Зокрема, визначено, що у 61,90 % хворих до лікування середній бал становив — 24,3 (високий рівень формування АП), після лікування — 12,4 бали (низький рівень формування АП).

Отже, запропонована терапія спрямована на формування нових ціннісно-сміслових, поведінкових стереотипів і поліпшення ставлення до себе як особистості, здатної до адаптивних реакцій на фруструючі ситуації.

неврозів та пограничних станів ДУ «ІНПН НАМН України» було обстежено 110 хворих на депресивні розлади різного ступеня важкості (F32.0 — F32.2), що дозволило розробити алгоритм персоніфікованої психотерапії при депресивних розладах. Персоніфікована психотерапія мала індивідуалізований характер, починалася на перших етапах лікування і проводилася весь період терапії (Enns M. W., Cox B. J., 2005; Марута Н. О., 2013; Джудит С., 2006).

В основу персоніфікованої психотерапії було покладено встановлені під час обстеження типові психологічні особливості хворих на депресивні епізоди, які полягали в особливостях використання копінг-стратегій, специфіці сприйняття часу та характеристиках особистості.

На ґрунті виявлених клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей депресивних епізодів розроблено диференційований алгоритм психотерапевтичного впливу, в процесі якого було виокремлено три етапи: седативно-підтримувальний (3—4 заняття); лікувально-стабілізуючий (8—10 занять); адаптаційно-профілактичний (3—4 заняття).

Перший етап (седативно-підтримувальний) складається з 3—4 щоденних індивідуальних занять тривалістю по 40 хвилин та спрямований на усвідомлення наявності депресивної симптоматики та роз'яснення пацієнту необхідності її лікування. Хворий має усвідомити, чому йому необхідна та або інша форма терапії, які ефекти і результати від її застосування можна чекати. Слід вказати на відстрочений ефект фармакотерапії, інакше у хворого може настати розчарування в призначеному лікуванні.

Другий етап (лікувально-стабілізуючий) спрямований на виявлення ірраціональних уявлень та переконань та зміну їх на більш реалістичні та адаптивні. Індивідуальні та групові заняття проводили щодня тривалістю 40 хвилин і 1,5 години відповідно (по 8—10 занять). Для здійснення завдання другого етапу необхідно враховувати, що при ендогенних депресивних розладах домінують негативні уявлення хворого щодо самого себе, своїх вчинків. Найважливішим є те, що подібні уявлення виникають через необґрунтовані висновки, які базуються на фіксуванні уваги хворого на окремих деталях, без урахування загальної ситуації. Метою терапії при лікуванні цієї категорії хворих була зміна емоційного стану та настрою хворого завдяки раціонально-логічному переробленню пацієнтом суб'єктивного погляду на себе та світ, що досягається раціональним переконанням лікарем пацієнта щодо необґрунтованості негативної та зниженої оцінки себе та своїх досягнень як у минулому, так і в теперішній час та майбутньому.

Третій (адаптаційно-профілактичний) етап передбачав закріплення досягнутого терапевтичного результату, навичок психічної саморегуляції та нових когнітивних стратегій і включав 3—4 індивідуальних та групових занять. Об'єктом групової психотерапії при цьому, як і психотерапевтичних впливів загалом, були психологічні фактори патогенезу захворювання (інтрапсихічний конфлікт, механізми психологічного захисту, «внутрішня картина хвороби», зокрема патологічна реакція особистості на захворювання, система значимих стосунків хворого, включаючи порушені в результаті захворювання соціальні зв'язки пацієнта). Сучасна групова терапія розглядає 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. Вона дозволяє учасникам обмінюватися життєвим досвідом і способами розв'язання проблем, використовувати взаємну підтримку.

УДК 616.895.4:615.851

*Марута Н. О., Панько Т. В., Федченко В. Ю.,
Каленська Г. Ю., Мальюта Л. В.*

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Алгоритм персоніфікованої психотерапії при депресивних розладах

В межах НДР «Вивчити фактори прогнозу формування, перебігу та виходу депресивних розладів з метою розробки ефективних засобів терапії та реабілітації» на базі відділу