

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 негативною та зниженою 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

Система психотерапевтичної корекції депресивних епізодів включала когнітивно-біхевіоральну психотерапію за А. Беком (Бек, А., Раш А., 2003), сімейну психотерапію (Е. Г. Ейдемилер, В. В. Юстицький, 2007) та арт-терапію (Болл Б., 2001). Вказаний психотерапевтичний комплекс дозволяв максимально оптимізувати потенційні можливості хворого щодо подолання хвороби, сприяти складанню сприятливих мікросоціальних обставин та подолати емоційне перевантаження пацієнта завдяки використанню найбільш щадних заходів та надавав можливість працювати з думками і почуттями, які здаються непереборними.

Розроблена система персоніфікованої терапії свідчить про її високу ефективність: видужання та значне поліпшення спостерігалось у 73,64 % хворих, поліпшення — у 23,63 % і лише у 2,73 % хворих динаміка була незначною.

УДК 616.895.4-07:362.141

*Марута Н. О., Панько Т. В., Федченко В. Ю., Семікіна О. Є., Каленська Г. Ю., Теренковський Д. І.*  
 ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології  
 НАМН України» (м. Харків)

### **Діагностичні критерії депресивних розладів на етапах надання медичної допомоги**

В Україні, як і в багатьох країнах світу, відзначається зростання депресивних розладів. Спостерігається не тільки вагоме збільшення загальної кількості пацієнтів з депресією, але й значне «омолодження» цього захворювання. За результатами досліджень, розповсюдженість протягом життя депресивних розладів становить 20,8 %. Пік захворюваності припадає на найбільш працездатний вік між 20 і 40 роками, що призводить до серйозних негативних соціальних і економічних наслідків (W. Gaebel, T. Becker, B. Janssen, et al., 2012; Н. О. Марута, 2012). Оцінка ефективності терапії депресивних розладів свідчить, що одужання або настання стійкої ремісії відзначається лише у 33 % хворих, у той час як у 55 % спостерігаються рецидиви депресивних епізодів, а ще у 12 % — триває роками і навіть десятиріччями (Gorman J. M., Sloan R. P., 2000; F. Jacobi, S. Rosi, C. Faravelly et al., 2005; Підкоритов, В. С., 2010).

Встановлено, що причиною низької ефективності терапії та реабілітації депресивних розладів є клінічна гетерогенність психопатологічних феноменів, патоморфоз під впливом соціально-стресових факторів, недостатня обізнаність лікарів загальної практики в проблемі діагностики цієї патології, відсутність спостереження на різних етапах надання допомоги.

З метою поліпшення діагностики депресивних розладів обстежено 110 хворих на депресивні розлади (F32.0 — F32.2) різного ступеня важкості (в межах виконання НДР «Вивчити фактори прогнозу формування, перебігу та виходу депресивних розладів з метою розробки ефективних засобів терапії та реабілітації»). Дослідження мало комплексний характер та включало застосування клініко-психопатологічного методу; психометричних шкал (Шкала Гамільтона — HDRS, Шкала депресії центру епідеміологічних досліджень — CES-D, Шкала загального клінічного враження — Clinical Global Impression Scale, CGI), психодіагностичного методу (методика Е. Нейм для визначення провідних копінг-стратегій, методика «Семантичний диференціал часу», «Самоактуалізаційний тест»), а також методи математичної статистики. На ґрунті аналізу результатів комплексного дослідження були встановлені діагностичні критерії депресивних епізодів.

Діагностика депресивних розладів має починатися вже на етапі первинної медичної допомоги та спиратися на осо-

бливості клінічної картини депресивних епізодів, що мають специфічну синдромальну структуру та включають афективні, мотиваційно-вольові, когнітивні, психомоторні та соматичні прояви, як-от порушення базових функцій (розлади сну, порушення апетиту, втрата маси тіла, зниження статевого потягу), вітального тону функцій (фізична стомлюваність, млявість та зниження енергії), неприємні тілесні відчуття та вісцеральні симптоми.

На етапі вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги діагностику депресивних розладів треба проводити з урахуванням не лише особливостей клінічної картини, а й перебігу захворювання, важкості розладу та факторів, що впливають на важкість перебігу депресивного розладу. Зокрема, «тяжкий ступень» розладу характеризується переважанням в клінічній картині добових коливань стану, параноїдних симптомів, соматичних симптомів, психомоторних проявів та відсутністю критичності до свого стану. У разі «помірного ступеня» розладу в структурі клінічної картини переважають суїцидальні наміри, пізня інсомнія та збереження критичності до свого стану. «Легкий ступень» розладу не має в клінічній картині психічної та соматичної тривоги, втрати маси тіла за анамнезом, генітальних симптомів (втрата лібідю, менструальні порушення) та психомоторних проявів.

На третинному етапі медичної допомоги, крім вищезазначених аспектів, треба враховувати психологічні фактори, як-от копінг-стратегії, особливості суб'єктивного сприйняття індивідуального часу та показники самоактуалізації, які мають велике значення у формуванні, перебігу та виходу депресивних епізодів. Зокрема, у цієї групи хворих переважають копінг-стратегії з використанням дезадаптивних копінгів, як-от «розгубленість», «пасивна кооперація» та «відступ». Структура суб'єктивного сприйняття індивідуального часу характеризується негативним сприйняттям теперішнього та майбутнього. Оцінка показників самоактуалізації свідчить про зниження власної відповідальності, негативне ставлення до себе та оточуючих, зниження потреби у спілкуванні та діяльності.

Діагностику депресивних розладів на етапах надання медичної допомоги треба проводити з урахуванням вищезазначених критеріїв.

УДК 616.89-008.454-053.2/.5

*Михайлова Е. А., Проскуріна Т. Ю., Матковська Т. М. Мітельов Д. А., Беляєва О. Е.*  
 ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків  
 НАМН України» (м. Харків)

### **До проблеми діагностики тривожних розладів у дітей**

Робота присвячена принципово новій оригінальній технології діагностики та диференціації тривожних розладів у дітей. Більшість наукових оглядів визначають тривожні розлади як найбільш поширений клас психопатологічних розладів, що стаються в дитинстві. Відомо, що тривога досить інтенсивно й тривало впливає на дитину, перешкоджає формуванню адаптивної поведінки, призводить до порушення поведінкової інтеграції та загальної дезорганізації її психіки. На теперішній час існує чимало формалізованих методів діагностики тривоги у дітей та підлітків. Однак жоден з них не дозволяє розглядати ці феномени як багатовимірні психічні утворення, виявляючи не лише афективні, а й інші компоненти, які відіграють важливу роль в діагностиці психічної дезадаптації. Відсутність єдиного психодіагностичного підходу до оцінки дитячої тривожності, заснованого на принципах і специфіці періодизації