

*М. В. Закладний*

**МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ  
У ХВОРИХ НА ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ НЕВРОТИЧНОГО ТА ОРГАНІЧНОГО ГЕНЕЗУ:  
ОБҐРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИХ ПІДХОДІВ**

*М. В. Закладний*

**Медико-психологическая коррекция эмоциональных нарушений  
у больных тревожными расстройствами невротического и органического генеза:  
обоснование необходимости дифференцированного подхода**

*М. V. Zakladnyi*

**Medical and psychological correction emotional disorders in patients with anxiety  
neurotic and organic genesis disorders: rationale for differentiated approach**

Мета роботи — обґрунтування диференціації підходів до медико-психологічної корекції емоційних порушень у хворих на тривожні розлади (ТР) невротичного та органічного генезу, з визначенням мішеней впливу та загальних принципів її здійснення.

На базі Полтавського обласного психоневрологічного диспансеру було обстежено 200 пацієнтів з ТР. 100 хворих на ТР невротичного генезу склали групу 1, інші 100 пацієнтів з ТР органічного походження — групу 2. На етапі реалізації медико-психологічної корекції кожна група була поділена на 2 підгрупи по 50 пацієнтів: підгрупу втручання та підгрупу контролю, що дало змогу оцінити ефективність запропонованих заходів.

На ґрунті встановленого клінічного поліморфізму, виявлених відмінностей психопатогенезу в аспекті вразливості до дії контекстуальних факторів та реагування на впливи макро- і мікросоціальних чинників психосоціального стресу, а також різницю патоперсоналогічних і поведінкових паттернів у хворих на ТР різного генезу обґрунтована необхідність диференційованих підходів до медико-психологічної роботи з хворими на ТР, враховуючи різну спрямованість мішеней психокорекційної роботи, в залежності від їх генезу.

Запропонована диференційована програма медико-психологічної корекції емоційних порушень у пацієнтів з ТР в залежності від їх генезу, що складається з 6 етапів, містить 6 модулів та передбачає застосування когнітивно-поведінкової групової терапії, арт-терапії, аутогенного тренування та елементів соціально-психологічного тренінгу. Катамнестичні дослідження, зроблені через один рік від початку роботи, довели ефективність диференційованого підходу, порівняно з регламентованими заходами.

**Ключові слова:** тривожні розлади, невротичні розлади, органічні розлади, диференційована медико-психологічна корекція

Цель работы — обоснование дифференциации подходов к медико-психологической коррекции эмоциональных нарушений у больных тревожными расстройствами (ТР) невротического и органического генеза, с определением мишеней воздействия и общих принципов ее реализации.

На базе Полтавского областного психоневрологического диспансера было обследовано 200 пациентов с ТР. 100 больных с ТР невротического генеза составили группу 1, остальные 100 пациентов с ТР органического происхождения — группу 2. На этапе реализации медико-психологической коррекции каждая группа была разделена на 2 подгруппы по 50 пациентов: подгруппу вмешательства и подгруппу контроля, что позволило оценить эффективность предложенных мероприятий.

На основе установленного клинического полиморфизма, выявленных различий психопатогенеза в аспекте уязвимости к действию контекстуальных факторов и реагирования на воздействие макро- и микросоциальных факторов психосоциального стресса, а также различия патоперсоналогических и поведенческих паттернов у больных с ТР разного генеза обоснована необходимость дифференциации подходов к медико-психологической работе с больными ТР, учитывая разную направленность мишеней психокоррекции, в зависимости от их генеза.

Предложенная дифференцированная программа медико-психологической коррекции эмоциональных нарушений у пациентов с ТР в зависимости от их генеза состоит из 6 этапов, содержит 6 модулей и предусматривает когнитивно-поведенческую групповую терапию, арт-терапию, аутогенную тренировку и элементы социально-психологического тренинга. Катамнестические исследования, сделанные через один год после начала работы, доказали эффективность дифференцированного подхода по сравнению с регламентированными мероприятиями.

**Ключевые слова:** тревожные расстройства, невротические расстройства, органические расстройства, дифференцированная медико-психологическая коррекция

Purpose — to study the differentiation of approaches to medical and psychological treatment of emotional disorders in patients with anxiety disorders (AD) neurotic and organic genesis, the definition of targets and the impact of general principles for its implementation.

At the Poltava Region psychoneurological Dispensary examined 200 patients with anxiety disorders. 100 patients with neurotic genesis of AD amounted to group 1, 100 other patients with AD organic origin — a group 2. The stage of medical and psychological treatment, each group was divided into 2 subgroups of 50 patients: subgroup intervention and subgroup control, which helped evaluate the effectiveness proposed measures.

Based on the established clinical polymorphism identified psychopathogenesis difference in terms of vulnerability to the action of contextual factors and response to macro- and micro-effects of psychosocial stress factors and the difference pathopersonological and behavioral patterns in patients with AD different genesis, the necessity of a differentiated approach to medical and psychological work with patients with AD, given the different orientation of psychotargets, depending on their genesis.

The proposed differentiated program of medical and psychological treatment of emotional disorders in patients with AD, depending on their origins, consisting of 6 stages, contains 6 modules and consists of cognitive-behavioral group therapy, art therapy, autogenous training and elements of social and psychological training. Follow-up study, made after 1 year from the beginning of proved effectiveness differentiated approach compared to the regulated activities.

**Key words:** anxiety disorders, neurotic disorders, organic disorders, differentiated medical and psychological correction

За даними ВООЗ, рівень здоров'я людини на 10—15 % пов'язаний з діяльністю системи охорони здоров'я, на 15—20 % зумовлений генетичними чинниками, на 25 % його визначають екологічні умови і на 50—55 % — умови і спосіб життя людини. Тому першорядна роль у збереженні і формуванні здоров'я належить самій людині, її способу життя. Сучасний індивід часто перекладає відповідальність за своє здоров'я на лікарів, але зміцнення й відтворення здоров'я має бути потребою й обов'язком кожного особисто [1].

Це твердження набуває особливої актуальності щодо лікувальних підходів до терапії тривожних розладів (ТР), багатофакторність етіопатогенетичних механізмів яких підтверджує необхідність мультидисциплінарного підходу до їх дослідження і curaції з позицій біопсихосоціального підходу [2—5].

Між тим, сучасні вимоги максимальної персоналізації терапії психічних розладів вимагають обґрунтування диференціації підходів, що неможливо втілити без наукового обґрунтування та пошуків специфічних мішеней в рамках єдиного клініко-психопатологічного феномена ТР [6, 7].

Метою цієї роботи було обґрунтування диференціації підходів до медико-психологічної корекції емоційних порушень у хворих на ТР невротичного та органічного генезу, з визначенням мішеней впливу та загальних принципів її здійснення.

Для досягнення поставленої мети з дотриманням принципів біоетики та деонтології, протягом 2011—2015 рр. на базі Полтавського обласного психоневрологічного диспансеру було обстежено 200 пацієнтів з ТР. 100 хворих на ТР невротичного генезу склали групу 1, інші 100 пацієнтів з ТР органічного походження — групу 2. На етапі реалізації медико-психологічної корекції кожна група була поділена на 2 підгрупи по 50 пацієнтів: підгрупу втручання та підгрупу контролю, що дало змогу оцінити ефективність запропонованих заходів.

Комплексне обстеження включало реалізацію соціально-демографічного, клініко-психопатологічного, психодіагностичного та статистичного методів дослідження.

За гендерним розподілом серед обстежених групи 1 жінок було 53 %, чоловіків — 47 %; в групі 2, навпаки, чоловіків було незначно більше (54 %), ніж жінок (46 %).

У віковому діапазоні серед пацієнтів групи 1 преувальювали особи до 50 років: 27 % пацієнтів — до 30 років, 30 % — до 40, 33 % — до 50 років. В групі 2, навпаки, 70 % хворих були у віці від 41 до 60 років.

Серед респондентів обох груп переважали особи з середньої освітою або середньої спеціальною освітою (83 % групи 1 та 80 % групи 2).

В групі 1 хворих, що мали власну родину, було більше, ніж в групі 2 (63 % проти 40 %), а кількість самотніх осіб була значно меншою (7 % проти 27 %).

Серед пацієнтів групи 1 найбільшою соціальною групою виявились безробітні — 53 %, а серед осіб групи 2 — пенсіонери — 40 %. Принциповою відмінністю між пацієнтами з невротичними та органічними ТР була наявність у хворих групи 1 проблем, пов'язаних з зайнятістю та безробіттям (44 % пацієнтів групи 1 та 9 % — групи 2), проблем, пов'язаних з незадовільним станом житлової та економічної сфери (47 % хворих групи 1 та 20 % групи 2), а також відсутністю сімейної підтримки (60 % осіб групи 1 та 34 % — групи 2). Між тим, у обстежених групи 2 найбільш вагомим середовищним чинником виявлений неправильний спосіб життя у вигляді вживання тютюну, алкоголю, недостатньої фізичної активності, неадекватних харчових звичок тощо (68 % пацієнтів групи 2 та 7 % — групи 1).

В групі 1 спадковість на психічну патологію визнали 47 %, в групі 2 — 31 % респондентів.

Супутня соматична патологія була наявною в усіх пацієнтів групи 2 (в першу чергу, захворювання серцево-судинної системи — 83 %), та значно в меншій кількості осіб групи 1 (47 %).

Для хворих групи 1 характерними проблемами, що мали психотравмуючий зміст та патогенетичну значущість у виникненні ТР, були негативні психосоціальні обставини економічного і сімейного спрямування. Для пацієнтів групи 2 єдиним психосоціальним чинником, що мав вплив на їхній психічний і соматичний статус, був нездоровий спосіб життя.

В групі 1 питома вага респондентів (43 %) мали діагноз ТР F 41, у 28 % діагностовано неврастенію F 48 з вираженим тривожним компонентом, 13 % страждали від соматоформних розладів F 45 з тривожним радикалом, 10 % — від фобічних ТР F 40, а 7 % — від змішаної тривожно-депресивної реакції в межах розладу адаптації F 43.

Нозологічна структура ТР в групі 2 була виражена змішаним афективним розладом органічного генезу F 06.33 (53 % хворих) та ТР органічного генезу F 06.4 (47 % респондентів).

Під час вивчення особливостей суб'єктивної оцінки та об'єктивних проявів клініко-психопатологічної симптоматики використовували методику диференціальної діагностики депресивних станів Зунге, методику діагностики самооцінки Ч. Д. Спілбергера і Ю. Л. Ханіна, а також клінічні рейтингові шкали депресії та тривоги Гамільтона HDRS і HARS.

Звісно, як тривожні, так і депресивні прояви встановлені в осіб обох груп. Однак, в осіб групи 1 симптоми, які склали клінічну картину психічного розладу, мали менший ступінь вираженості, ніж у пацієнтів групи 2. В цілому, виявлена тенденція до незначної недооцінки хворими обох груп тяжкості власної тривожної симптоматики і переоцінки значущості депресивних проявів.

Провідними симптомами, що виявились спільними для пацієнтів обох груп, були: а) тривога (середня вираженість 5,08 бали в групі 1 і 5,66 бали в групі 2); б) підвищена психічна стомлюваність (4,33 і 4,56 бали відповідно); в) емоційна лабільність (3,94 і 5,08 бали, відповідно); г) дратівлива слабкість (3,87 і 4,11 бали, відповідно); г) неадекватно знижений настрій (3,56 і 3,89 бали, відповідно); д) розлади глибини і тривалості сну (3,50 і 3,75 бали, відповідно).

Однак, більшість симптомів ТР мали специфічність проявів в залежності від генезу патологічної тривоги. В клінічній картині ТР у пацієнтів групи 2 специфічними ознаками стали виражені прояви астенічного, вегетативного й обсесивного кластера: а) підвищена фізична стомлюваність (середня вираженість 4,96 бали, на відміну від 2,56 в групі 1); б) добові коливання артеріального тиску (4,0 проти 1,0, відповідно); в) добові коливання настрою (3,92 та 2,74, відповідно); г) психічна гіперестезія (3,89 проти 2,59, відповідно); г) головний біль (3,00 і 0,89, відповідно); д) апатія (2,67 й 1,53, відповідно); е) туга, смуток (2,67 і 1,83, відповідно); є) нав'язливі думки (2,11 і 1,21, відповідно); ж) нав'язливі пригадування (1,89 і 0, відповідно).

Клінічну картину ТР у хворих групи 1, крім спільних, означених вище, доповнювали фобічні прояви (середня вираженість симптому — 2,98 проти 0,99 бали в групі 2) та фіксованість на власному здоров'ї (2,88, на відміну від 0,50 бали в групі 2).

Крім того, на тлі загальної тенденції до погіршеного емоційного стану з преувальюванням емоцій негативного

спектра частота зустрічальності й вираженість окремих негативних емоцій різнилися у пацієнтів різних груп (дані отримані за допомогою карти самооцінки емоційного стану Н. О. Марути). Як достовірні різниці ( $p < 0,01$ ) в емоційному стані обстежених відмічені такі особливості: а) відсутність задоволення відмічали 64,0 % осіб групи 1 і 84 % групи 2; б) брак емоцій радості відчували 51 % і 90 %, відповідно; в) упевненість в собі або її ознаки були наявними у 21 % осіб групи 1 і 41 % групи 2; г) розчуленню піддавалися 34 % пацієнтів групи 1 і 66 % групи 2; г) передчуття чогось негативного тривожило 62 % осіб групи 1 і 40 % групи 2; д) байдужість виявилась характерною рисою 38 % хворих групи 1 і 61 % групи 2, причому особи з органічним генезом ТР відчували її з достовірно більшою інтенсивністю; е) загальне незадоволення відчували 74 % осіб групи 1 і 94 % групи 2; е) засмученню піддавалися 31 % пацієнтів групи 1 і 64 % групи 2; ж) незважаючи на те, що тривогу відчували усі обстежені, інтенсивність її була достовірно вищою в осіб групи 2; з) почуття образи було притаманне 26 % групи 1 і 49 % групи 2; и) інтенсивність емоції страху була достовірно вищою серед осіб групи 1; і) злість і сум виявились більш поширеними серед осіб групи 2, ніж групи 1 (46 % і 56 % проти 25 % і 34 %, відповідно); і) більша кількість незадоволених собою осіб була серед пацієнтів групи 1 (79 % проти 31 %, відповідно).

В ході роботи була встановлена різна інтенсивність реагування на макро- і мікросоціальні чинники психотравматизації (за класифікацією Т. Б. Дмитрієвої, Б. С. Положего). Особи з невротичними ТР виявились найбільш вразливими до впливу інформації з мас-медіа, порівняно з пацієнтами з органічними ТР: середня інтенсивність патологічного реагування в групі 1 склала  $5,4 \pm 0,3$  бали, в групі 2 —  $1,2 \pm 0,3$  бали. Також різниця була виявлена в реагуванні на втрату роботи — в групі 1 в 1,7 рази більше, ніж в групі 2 ( $5,4 \pm 0,3$  бали проти  $3,2 \pm 0,4$  бали, відповідно), а також щодо екзистенціальних переживань ( $6,7 \pm 0,7$  проти  $4,8 \pm 0,4$  бали, відповідно) та політичних подій ( $7,5 \pm 0,5$  проти  $4,4 \pm 0,3$  бали, відповідно) — в групі 1 в 1,4 рази більше, ніж в групі 2.

Серед мікросоціальних психотравмуючих чинників достовірна різниця в інтенсивності реагування спостерігалась під час розлучення — інтенсивність реагування групи 1 була майже в 7 разів більша, ніж в групі 2 ( $6,9 \pm 0,3$  бали проти  $1,0 \pm 0,4$  бали, відповідно), під час смерті рідних та близьких — інтенсивність реагування групи 1 була більш ніж в 2 рази вищою, ніж в групі 2 ( $8,2 \pm 0,9$  проти  $4,0 \pm 0,3$  бали, відповідно), а також у разі погіршення матеріально-побутових умов — інтенсивність

реагування групи 1 була в 1,5 рази вищою, ніж в групі 2 ( $6,1 \pm 0,3$  проти  $3,3 \pm 0,2$  бали, відповідно).

Отже, хворі на ТР в цілому зазнають високий рівень психосоціального стресу, маючи брак здатності до стресопору, однак пацієнти з ТР невротичного генезу є значно чутливішими до психотравмуючої дії макро- та мікросоціальних чинників, ніж хворі на ТР органічної етіології.

Під час вивчення патоперсоналогічних і поведінкових паттернів (за допомогою опитувального К. Леонгарда — Г. Шмішека та методики психологічної діагностики копінг-поведінки Е. Хейма) встановлено, що для хворих групи 1 характерною тенденцією виявилось превалювання тривожно-емотивної (65,0 %) комбінації акцентуацій. Окрім зазначених, в цій групі пацієнтів спостерігались демонстративна (16,0 %), дистимічна (7,0 %), циклотимна та екзальтована (по 6,0 %, відповідно) акцентуації. На відміну від невротичних пацієнтів, серед хворих з органічними ТР акцентуєвані риси розподілилися більш рівномірно, а провідною виявилась застрягаюче-збудливо-педантична комбінація акцентуєваних рис (60 %); також були наявними тривожна (13,0 %), демонстративна (10,0 %) й циклотимна (9,0 %) акцентуації.

В осіб обох груп превалювали неадаптивні копінг-стратегії за усіма модальностями долаючої поведінки, серед яких домінуючу роль при ТР невротичного генезу мали емоційний неадаптивний копінг, притаманний 85 % пацієнтам, та поведінковий копінг, характерний 62 % обстежених, а при ТР органічного генезу — неадаптивний когнітивний (82 %), емоційний (66 %) та поведінковий (73 %) копінг.

Таким чином, у пацієнтів з ТР різного генезу виокремлено різні варіанти мозаїчного деструктивного поєднання патоперсоналогічних і поведінкових паттернів.

Так, пацієнтам з невротичними ТР була притаманна комбінація тривожно-емотивних патоперсоналогічних особливостей, поєднана з викривленням емоційних і поведінкових копінг-стратегій, що відіграло провідну роль в розвитку ТР у цього контингенту.

Хворим на органічні ТР характерне поєднання комбінації застрягаюче-збудливо-педантичних патоперсоналогічних рис та деформації усіх модальностей копінг-поведінки, що, не будучи патогенетичним чинником розвитку ТР, зумовлювало особливості фабуло-специфічних клінічних проявів патологічної тривоги.

Аналіз отриманих даних дозволив встановити основні клінічні й патогенетичні параметри, відмінності яких має принципове значення для диференціації медико-психологічних терапевтичних підходів при ТР різного генезу (таблиця).

**Базові патогенетичні й клініко-психопатологічні відмінності тривожних розладів невротичного й органічного генезу як підґрунтя диференціації медико-психологічних підходів в терапії емоційних порушень**

Показники, за якими встановлені достовірні різниці*		Група 1 (n = 100)	Група 2 (n = 100)
<i>Соціально-демографічні й середовищні чинники</i>			
вік		90 % — до 50 років	80 % — 41—60 років
сімейний стан	власна родина	63 %	40 %
	самотній	7 %	27 %
соціальний статус		безробітний — 53 %	пенсіонер — 40 %
контекстуальні чинники	Z 58	44 %	9 %
	Z 59	47 %	20 %
	Z 63	60 %	34 %
	Z 72	7 %	68 %
супутня соматична патологія		47 %	100 %

Показники, за якими встановлені достовірні різниці*	Група 1 (n = 100)	Група 2 (n = 100)
<i>Особливості клінічних проявів тривожних розладів</i>		
спільні	тривога; підвищена психічна стомлюваність; емоційна лабільність; дратівлива слабкість; неадекватно знижений настрій; розлади глибини і тривалості сну	
специфічні	фобічні прояви; фіксованість на власному здоров'ї	підвищена фізична стомлюваність; добові коливання артеріального тиску; добові коливання настрою; психічна гіперестезія; головний біль; апатія; туга, смуток; нав'язливі думки та пригадування
<i>Особливості емоційних порушень</i>		
спільні	погіршення емоційного стану з превалюванням емоцій негативного спектра; загальне незадоволення	
специфічні	відсутність упевненості в собі; передчуття чогось негативного; емоції страху; незадоволеність собою	відсутність задоволення; брак емоцій радості; розчулення; засмучення; почуття образи; злість і сум
<i>Вразливість до впливу чинників психотравматизації</i>		
спільні риси	високий рівень психосоціального стресу	
підвищена вразливість до дії: макросоціальних чинників	інформація з мас-медіа; втрата роботи; відсутність перспективи власного життя; політичні події	
мікросоціальних чинників	розлучення; смерть рідних та близьких; погіршення матеріально-побутових умов	
<i>Патоперсоналогічні й поведінкові паттерни</i>		
акцентуації	тривожно-емотивна комбінація — 65 %	застраююче-збудливо-педантична комбінація — 60 %
дезадаптивні копінг-стратегії	емоційний копінг — 85 %, поведінковий — 62 %	когнітивний — 82 %, емоційний — 66 %, поведінковий — 73 %

Примітка: \* достовірність різниць встановлена на рівні  $p \leq 0,05$

Таким чином, виходячи з клінічного поліморфізму, відмінностей психопатогенезу в аспекті вразливості до дії контекстуальних чинників та реагування на впливи макро- і мікросоціальних чинників психосоціального стресу, а також різницю патоперсоналогічних і поведінкових паттернів у хворих на ТР різного генезу, можна констатувати необхідність диференційованих підходів до медико-психологічної роботи з хворими на ТР, враховуючи різну спрямованість мішеней психокорекційної роботи, в залежності від їх генезу.

Сучасні алгоритми терапії ТР сформовані на принципі поетапної допомоги та наступності лікування в першій і другій лініях допомоги. За відсутності відповіді пацієнта на терапію в алгоритмі дається рекомендація звернутись за «другою думкою» з питань діагностики та лікування, у разі повторної відсутності відповіді на терапію лікування інтенсифікують, а за наявності стійкої терапевтичної резистентності рекомендується розпочинати реабілітаційні заходи і навчати пацієнта жити з обмеженнями. Крім цього, передбачено протирецидивну профілактику після успішного відновлення в результаті психологічного або фармакологічного лікування.

Кожен алгоритм лікування поєднують з так званою базовою інтервенцією. Для ТР базовою інтервенцією є психоосвіта, активація та протидія униканню.

У кожному алгоритмі також присутні так звані інтервенції першого ступеня втручання. Це — інтервенції низької інтенсивності (у разі легких форм розладів). Так, у разі тривожно-депресивного розладу рекомендовані бібліотерапія (самопоміччя, в т. ч. допомога електронних клубів із таких проблем), активуючий супровід, фізичні навантаження, консультування та психосоціальні інтер-

венції. Для ТР — консультування, психосоціальна допомога та спрямована самопоміччя. Терапевт разом із пацієнтом визначає, яким буде лікування: складатиметься з базових інтервенцій у поєднанні з психокорекцією чи з базових інтервенцій у поєднанні з психофармакологічним засобом [8].

На теперішній час визначено, що медико-психологічна допомога (МПД) при ТР має базуватися на принципах етіопатогенетичної спрямованості, послідовності (етапності), диференційованості і комплексності [2—5, 9].

На нашу думку, структура медико-психологічних корекційних впливів емоційних порушень є єдиною для усіх типів ТР, та має складатися з таких етапів:

- 1) ознайомче-мотивувального;
- 2) психодіагностичного;
- 3) інтенсивної психокорекції;
- 4) активної психокорекції;
- 5) підтримувальної психокорекції;
- 6) самопоміччя.

Перші три етапи реалізуються в стаціонарі, наступні три — на етапі амбулаторного спостереження.

Однак, методологічне забезпечення й змістовне наповнення цих етапів повинно мати докорінні відмінності в залежності від генезу ТР.

Доведена специфічність мішеней медико-психологічного впливу в залежності від генезу ТР обумовлює використання різновекторної моделі психокорекції, яка ґрунтується на інтегративному еkleктичному підході.

Так, у разі невротичного генезу ТР медико-психологічна корекція стає «першою лінією терапії». При цьому мова йде про усунення емоційних проблем і конфліктів, корекцію психогенних паттернів поведінки, що знижу-

ють ефективність функціонування індивіда, а не тільки мінімізацію клінічних симптомів.

Основний принцип побудови МПД — етіопатогенетична її спрямованість, у зв'язку з чим домінуючим видом психокорекції є впливи, спрямовані на усунення причин і механізмів розвитку ТР невротичного генезу; «пом'якшення» або ліквідація симптоматики проводяться як додаткові впливи, підпорядковані основному завданню терапії.

Базуючись на етіопатогенетичних принципах, конкретні корекційні програми реалізують диференційовано, не тільки щодо особливостей клінічної картини захворювання, але й щодо конкретних хворих. Така диференціація дозволяє не тільки сполучити каузальне лікування (індивідуальна і групова патогенетична психотерапія) із різними видами симптоматичних впливів, із фармакологічним лікуванням, фізіотерапією тощо, але й у кожному конкретному випадку, виходячи з показань, будувати комплексний вплив індивідуально й обґрунтовано.

Наступним принципом МПД при невротичних ТР є її послідовне здійснення. Лікувальні впливи реалізують у певному порядку таким чином, щоб дійсний вплив з'явився логічним продовженням попереднього і передумовою для наступного. Цим принципом визначається не тільки найбільш результативність, але і стійкість терапевтичного ефекту.

Завданнями першого етапу є: а) встановлення психологічного контакту з хворим; б) виявлення емоційних розладів у межах психологічного конфлікту, що спричинив невротичний розлад; в) пояснення хворому причини хвороби й ознайомлення його з планом лікування; г) призначення медикаментозної терапії; д) психокорекційне опосередкування і потенціювання призначеного лікування та заходів МПД.

Вирішальним чинником МПД при невротичних ТР є досягнення розуміння й усвідомлення хворим причинно-наслідкових залежностей між його станом, клінічними проявами, з одного боку, й особливостями особистості, невротичним конфліктом, невіршеними психологічними проблемами — з іншого. Варто підкреслити, що досягнення цього розуміння не є чисто раціональним, пізнавальним процесом, до нього повинні бути включені значущі емоційні переживання, наявність котрих і уможливорює перебудову особистісного реагування. Виникнення цих переживань забезпечується тільки наявністю повноцінного психологічного контакту між хворим і лікарем, підґрунтям якого є абсолютна довіра не тільки до професійних, але і до особистісних властивостей фахівця-психолога, віра в його щирі зацікавленість, його готовність і спроможність зрозуміти інтимні переживання хворого і допомогти йому. Найбільше ефективною формою психотерапевтичного контакту є «партнерство», співпереживання, коли основний акцент робиться на емоційних компонентах спілкування, на довірчій позиції і розумінні лікарем проблем і труднощів пацієнта. Це, однак, не виключає використання «авторитарного», імперативного характеру спілкування в ситуаціях прояву невротичних форм реагування [9].

Серед заходів першого етапу важливе значення має аналіз скарг хворого, з'ясування змісту психотравмуючих чинників, які спричинили невротичний розлад, обставин виникнення перших проявів захворювання. При цьому звертають увагу на особливості життя пацієнта, його виховання і характер, тобто чинники предиспозиції розвитку емоційних порушень.

Особливе значення на цьому етапі надають ретельному соматоневрологічному обстеженню, уточненню стану психологічних показників і емоційної сфери.

Встановлення психологічного контакту з хворим є підґрунтям для проведення з хворим бесіди про джерело і механізми формування невротичних порушень, їхню природу, а також ознайомлення його з планом лікування.

Основними завданнями третього етапу є вивчення і перебудова особистості хворого, його системи відносин, а також відновлення повноцінності його соціального функціонування (суб'єктивного й об'єктивного). Ці завдання реалізують за допомогою патогенетичного методу як в індивідуальній, так і в груповій формах. Паралельно проводять диференційовану симптоматичну терапію, спрямовану на усунення хворобливих проявів (аутогенне тренування, арт-терапія).

Когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), як форму індивідуального впливу, використовують на всіх етапах терапії. Водночас, її роль і інтенсивність в умовах другого етапу значно підвищується. Варто підкреслити, що КПТ не тільки сприяє усвідомленню пацієнтом психопатогенезу захворювання і реконструкції відносин особистості, але і шляхом впливу на всі компоненти ставлення — пізнавальний, емоційний, поведінковий — створює передумови для зворотного розвитку клінічних проявів.

Однак, найбільш повно завдання етіопатогенетичної терапії реалізуються в умовах групової психотерапії, тому що досягнуті під її впливом зміни в системі відносин і самооцінки хворих створюють підґрунтя для ліквідації невротичної симптоматики. Особливої уваги під час проведення групової психотерапії приділяють формуванню адекватної свідомості в сфері емоцій, що сприяє усвідомленню пацієнтом власних потреб і мотивацій, настанов і поведінки, особливостей своїх відносин і приводить до вирішення невротичного конфлікту. При цьому, завдання відтворення адекватного емоційного реагування в процесі групової психотерапії реалізують на ґрунті таких послідовних етапів:

- встановлення емоційного контакту з групою і відчуття підтримки з її боку;
- відчуття власної цінності;
- придбання щирості щодо почуттів до самого себе та інших членів групи;
- вироблення навичку в більш вільному вираженні власних негативних і позитивних емоцій;
- вміння точніше вербалізувати свої емоційні стани;
- розкриття своїх проблем і відповідних їм почуттів;
- відчуття неадекватності своїх емоційних реакцій;
- емоційна корекція свого способу переживань, емоційного реагування, сприйняття своїх відносин із оточуючими.

У межах групової психотерапії використовують такі методики, як групова дискусія, розігрування рольових ситуацій, психогімнастика, проєктивний малюнок, ігрові методики, що ґрунтуються на принципах гештальт-терапії, трансактного аналізу, психодрами.

Змістовними моментами групової дискусії є такі: знайомство членів групи; обговорення очікувань пацієнтів, їхніх побоювань і страхів; переживання й обговорення групового напруження, пов'язаного з неузгодженістю між очікуваннями пацієнтів і груповою реальністю; наростання агресії щодо групового психотерапевта, співвіднесення цих переживань із минулим життєвим досвідом; розкриття щирих почуттів до психотерапевта, вироблення групових норм щодо психотерапевта;

розкриття проблем, пов'язаних із самостійністю, відповідальністю й активністю; формування адекватного ставлення до хвороби і лікування, аналіз групової динаміки з виходом на проблематику окремих пацієнтів — власне «робоча фаза» групової психотерапії, у ході якої вирішуються її основні завдання; корекція відносин, неадекватність емоційних реакцій; обговорення результатів лікування, підведення підсумків.

Крім заходів МПД, на цьому етапі проводять індивідуальну корекцію призначеної на першому етапі медикаментозної терапії: зменшують або збільшують дози в залежності від стану хворого.

Наступні, амбулаторні етапи, передбачають завершення основних психокорекційних впливів. Методи і форми впливу залишаються тими ж, що і на третьому етапі, однак змінюють власну спрямованість. Так, проведені психокорекційні заходи набувають характеру соціального тренінгу, з урахуванням індивідуальних мікросоціальних аспектів. У цих періодах проводять роботу із сім'єю і близькими родичами пацієнта, спрямовану на роз'яснення особливостей захворювання і його наслідків. У цей період хворий одержує рекомендації щодо режиму праці, побуту, відпочинку і прийому медикаментів.

Базуючись на викладених загальних принципах, при роботі з пацієнтами з ТР невротичного генезу, нами за основу взята модель канадських вчених [10], що визнана найбільш повною та обґрунтованою для терапії пацієнтів з невротичною тривогою [11], базові мішені якої збігаються з визначеними нами.

Ця модель включає чотири компоненти — предиктори ТР невротичного генезу, що є важливими психокорекційними мішенями: 1) низька толерантність до невизначеності; 2) позитивні переконання щодо занепокоєння; 3) відсутність орієнтації на вирішення проблем; 4) когнітивне уникнення.

Програма медико-психологічної корекції включала шість модулів, реалізація яких розподілялась на етапи МПД в залежності від індивідуальної динаміки пацієнтів:

1) психоосвітній, спрямований на розуміння сутності та усвідомлення власного занепокоєння;

2) спрямований на усвідомлення власної низької толерантності до невизначеності й застосування методу експозиції з метою тренування здатності терпіти невідомість;

3) переоцінка переконань щодо користі занепокоєння;

4) тренінг вирішення проблем;

5) спрямований на подолання когнітивного уникнення й розвитку здатності переносити неприємні образні уявлення, ґрунтуючись на методі експозиції;

б) профілактика рецидивів захворювання.

Базовою психокорекційною технікою нами обрана когнітивно-поведінкова групова терапія. Як ефективне доповнення ми використовували арт-терапію та аутогенне тренування.

В період стаціонарного лікування, після реалізації першого і другого етапів медико-психологічної корекційної програми, інтенсивність психокорекційних занять третього етапу складала 3 рази на тиждень; в період амбулаторного лікування — перші 2 місяці — 2 рази на тиждень (четвертий етап), наступні два місяці — 1 раз на тиждень (п'ятий етап), останні два місяці — 1 раз на 2 тижні (шостий етап).

У випадку органічного генезу ТР програма медико-психологічної корекції була спрямована, в першу чергу, на зниження гостроти клініко-психопатологічної симптоматики та емоційних порушень, підвищення рівня когнітивного функціонування, а також формування й підтримання навичок комунікації та соціальної взаємодії. Враховуючи резистентність органічних ТР до терапії, тривалість медико-психологічної корекції була більшою, ніж у разі невротичних ТР. При цьому використовували когнітивно-поведінкові підходи та елементи соціально-психологічної тренінгової роботи.

Катамнестичні дослідження, зроблені нами через 1 рік від початку роботи, довели ефективність диференційованого підходу до медико-психологічної допомоги хворим на тривожні розлади з урахуванням їх генезу, порівняно з регламентованими заходами.

#### Список літератури

1. Чабан О. С. Багаторівнева корекція психосоматичних розладів в загальномедичній практиці (на прикладі метаболічного синдрому X) / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, М. В. Маркова // *Medix. Anti-Aging*. — 2010. — № 2 (14). — С. 92—97.
2. Марута Н. А. Особенности диагностики и терапии тревожных расстройств невротического и органического генеза / Н. А. Марута, Т. В. Панько // *Український вісник психоневрології*. — 2013. — Т. 21, вип. 1 (74). — С. 75—82.
3. Федченко В. Ю. Комплексна психотерапевтична корекція невротичних розладів з симптомами тривоги / В. Ю. Федченко // *Там само*. — 2015. — Т. 23, вип. 4 (85). — С. 90—96.
4. Клініко-психопатологічні особливості та принципи лікування органічних психічних розладів з симптомами тривоги / [Т. В. Панько, В. Ю. Федченко, Г. Ю. Каленська, М. М. Денисенко] // *Там само*. — 2016. — Т. 24, вип. 1 (86). — С. 124—130.
5. Тревога: история сверхбеспокойных людей / [О. Чабан, Е. Хаустова, Е. Жабенко и др.]. — Киев : Изд-во «Эд-Ворлд Трейд», 2013. — 129 с.
6. Маркери-мішені та принципи психокорекції різних форм тривожних розладів / [Є. Г. Гриневич, М. В. Маркова, Г. М. Кожина, В. С. Первий] // *Медицина психологія*. — 2013. — № 1 (29). — С. 76—82.
7. Індивідуально-психологічні та клінічні особливості різних форм тривожних розладів / [Є. Г. Гриневич, М. В. Маркова, Г. М. Кожина, В. С. Первий] // *Тавричеський журнал психіатрії*. — 2012. — Т. 16. — № 3 (60). — С. 40—48.
8. Коростій В. І. Надання медичної допомоги пацієнтам із тривожно-фобічними розладами / В. І. Коростій // *Здоров'я України*. — 2013. — № 6 (307). — С. 28—31.
9. Психотерапія : учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III—IV уровней аккредитации / [Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов]. — Харьков : Око, 2002. — 768 с.
10. Dugas M. Cognitive-Behavioral Treatment For Generalized Anxiety Disorder: From Science To Practice / M. Dugas, M. Robichaud. — New-York ; London : Routledge, 2007.
11. Холмогорова А. Б. Когнитивно-бихевиоральные модели и методы лечения генерализованного тревожного расстройства / А. Б. Холмогорова // *Современная терапия психических расстройств*. — 2014. — № 1. — С. 19—27.

Надійшла до редакції 06.04.2016 р.

**ЗАКЛАДНИЙ Максим Віталійович**, лікар-психіатр, клінічний ординатор психіатрії, наркології та медичної психології Вищого державного навчального закладу «Українська медична стоматологічна академія» Міністерства охорони здоров'я України, м. Полтава

**ZAKLADNYI Maksym**, Physician-psychiatrist, clinical Resident of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the Higher State educational institution "Ukrainian Medical Stomatological Academy" of the Ministry of Health of Ukraine, Poltava