

6. Содействие укреплению здоровья мигрантов / Всемирная организация здравоохранения. Сто сороковая сессия EB140/24 12 декабря 2016 г. 11 с. URL : [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB140/EB140\\_24-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/EB140_24-ru.pdf).

7. Міністерство соціальної політики України офіційний веб-портал : <https://www.msp.gov.ua/news/15672.html>. Дата звернення: 30 липня 2018.

8. OECD International Migration Outlook 2015. OECD Publishing, Paris. 2016. URL : <https://www.oecd.org/els/mig/IMO-2016-chap4.pdf>.

9. Вербицкий Е. Ю., Євтушенко Ю. О. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості реактивної депресії в структурі неспихотичних психічних стрес-асоційованих розладів у вимушених переселенців із зони антитерористичної операції в Луганській області // Архів психіатрії. 2016. Т. 22, № 2 (85). С. 16—19. URL : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh\\_2016\\_22\\_2\\_5](http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_2_5).

10. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : методичні рекомендації / Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Л. Ф. [та ін.]. Харків, 2014. 67 с.

11. Скрытые последствия конфликта. Проблемы психического здоровья внутренне перемещенных лиц и доступность психологической помощи в Украине / Байард Робертс, Нино Махашвили, Джана Джавахишвили ; International Alert/GIP-Tbilisi/ Лондонская школа гигиены и тропической медицины. 2017. 32 с. URL : [https://www.international-alert.org/sites/default/files/Ukraine\\_hiddenBurdensConflictIDPs\\_RU\\_2017.pdf](https://www.international-alert.org/sites/default/files/Ukraine_hiddenBurdensConflictIDPs_RU_2017.pdf).

Надійшла до редакції 27.05.2018 р.

**ПАНЬКО Тамара Васильевна**, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела пограничной психиатрии Государственного учреждения «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины» (ГУ «ИНПН НАМН Украины»), г. Харьков, Украина; e-mail: [tamarapanko@ukr.net](mailto:tamarapanko@ukr.net)

**СЕМИКИНА Елена Евгеньевна**, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела пограничной психиатрии ГУ «ИНПН НАМН Украины», г. Харьков, Украина

**ЯВДАК Ирина Александровна**, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела пограничной психиатрии ГУ «ИНПН НАМН Украины», г. Харьков, Украина; e-mail: [iyavdak@ukr.net](mailto:iyavdak@ukr.net)

**PANKO Tamara**, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Borderline Psychiatry of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("INPN of the NAMS of Ukraine" SI), Kharkiv, Ukraine; e-mail: [tamarapanko@ukr.net](mailto:tamarapanko@ukr.net)

**SEMIKINA Olena**, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Borderline Psychiatry of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

**YAVDAK Iryna**, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Borderline Psychiatry of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: [iyavdak@ukr.net](mailto:iyavdak@ukr.net)

УДК 616.8-008.64:615.07-8

*В. Ю. Федченко*

## ПОРІВНЯННЯ СУБ'ЄКТИВНОЇ ТА ОБ'ЄКТИВНОЇ ОЦІНОК СТАНУ ПАЦІЄНТІВ З ПЕРВИННИМИ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ З МЕТОЮ ОБҐРУНТУВАННЯ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ТАКТИКИ

*В. Ю. Федченко*

Сравнение субъективной и объективной оценок состояния пациентов с первичными депрессивными расстройствами с целью обоснования терапевтической тактики

*V. Yu. Fedchenko*

Comparison of subjective and objective evaluations of the status of patients with primary depressive disorders with the aim of substantiating of therapeutic tactics

В статті наведені результати клініко-психопатологічного дослідження, що свідчать про певну розбіжність між об'єктивною оцінкою «важкості» депресивного епізоду та суб'єктивною оцінкою пацієнтами свого стану і можуть бути використані як мішені психотерапевтичного впливу. Обґрунтовано ефективність використання когнітивно-поведінкової терапії як провідного методу психотерапії у цієї категорії пацієнтів, що дозволяє змінити уявлення хворого про себе та свої можливості на більш позитивні, підвищити соціальну адаптацію хворих, поліпшити взаємовідносини з оточуючими, знизити самозвинувачення.

**Ключові слова:** первинні депресивні розлади, суб'єктивна оцінка важкості депресії, когнітивно-поведінкова психотерапія

В статье представлены результаты клинико-психопатологического исследования, которые свидетельствуют об определенном расхождении между объективной оценкой «тяжести» депрессивного эпизода и субъективной оценкой пациентами своего состояния и могут быть использованы в качестве мишеней психотерапевтического воздействия. Обоснована эффективность использования когнитивно-поведенческой терапии как ведущего метода психотерапии для этой категории пациентов, что позволяет изменить представление больного о себе и своих возможностях на более позитивные, повысит социальную адаптацию больных, улучшить взаимоотношения с окружающими, снизить самообвинения.

**Ключевые слова:** первичные депрессивные расстройства, субъективная оценка тяжести депрессии, когнитивно-поведенческая терапия

The article presents the results of clinical and psychopathological research, which indicate a definite difference between the objective assessment of the "severity" of the depressive episode and the subjective evaluation by patients of their condition and can be used as targets of psychotherapeutic effect. The effectiveness of using cognitive-behavioral therapy as the leading method of psychotherapy for this category of patients is substantiated, which allows changing the patient's perception of oneself and his/her abilities to more positive ones, to improve social adaptation of patients, to improve relationships with others, to reduce self-accusations.

**Key words:** primary depressive disorders, subjective assessment of the severity of depression, cognitive-behavioral therapy

Депресивні розлади належать до найбільш розповсюджених форм психічної патології з суттєвими медико-соціальними наслідками і потребують адекватної і своєчасної медичної допомоги [1—3]. Симптомокомплекс клініко-психопатологічних порушень, притаманних депресії, реалізується завдяки певним патогенетичним механізмам, в основі яких лежать біохімічні зміни, зокрема, обмін біологічно ак-

тивних речовин, як-от серотоніну, норадреналіну, дофаміну та інших. Водночас, психологічні настанови пацієнта мають дуже велике значення як з погляду етіопатогенетичних чинників, так і стосовно ставлення пацієнта до терапії, самооцінки власних можливостей щодо подолання хвороби [4—7].

Відповідно до сучасних концепцій, терапія депресивних розладів повинна мати комплексний характер та включати фармако- і психотерапію, а також психосоціальні заходи, починатися якомога раніше і враховувати основні клінічні

© Федченко В. Ю., 2018

симптоми. Стратегічними цілями лікування є як зворотний розвиток депресивних симптомів, так і попередження ризику хронічного перебігу захворювання, зниження ризику самогубства, поліпшення якості життя, профілактика рецидивів та загострень [8—10]. Враховуючи вищевикладене, метою дослідження став аналіз суб'єктивного сприйняття пацієнтів з первинними депресивними розладами власної хвороби порівняно з об'єктивною клініко-психопатологічною оцінкою для визначення мішеней, насамперед, психотерапевтичного впливу.

Для реалізації поставленої мети були обстежені 40 хворих на депресивні епізоди різного ступеня важкості, що склали основну групу (серед них 7 хворих на легкий епізод, 22 — на помірний епізод та 11 — на важкий епізод). Діагноз був встановлений з урахуванням критеріїв МКХ-10 (F 32.0, 32.1, 32.2 відповідно). До групи порівняння увійшли 35 осіб без психічних розладів.

Використовували комплексний підхід, що включав такі методи: клініко-психопатологічний (вивчення скарг, клінічного анамнезу, катамнезу, психопатологічного стану та його динаміки); психодіагностичний, на базі Шкали депресії Центра епідеміологічних досліджень США (CES-D) [11], Шкали Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) [11] та Шкали загального клінічного враження (Clinical Global Impression Scale — CGI) [12]; методи математичної статистики.

Загальна характеристика обстежених хворих наведена в таблиці 1.

Таблиця 1. Загальна характеристика обстежуваних хворих на депресивні епізоди основної групи та осіб групи порівняння

Показник, який оцінюється	Основна група (n = 40)	Група порівняння (n = 35)
Стать: — чоловіча — жіноча	22,50 ± 6,69 77,50 ± 6,69	37,14 ± 8,29 62,86 ± 8,29
Вікові групи, роки: — 18—29 — 30—39 — 40—49 — 50—59 — 60—69	10,00 ± 4,80 15,00 ± 5,72 32,50 ± 7,50 25,00 ± 6,93 17,50 ± 6,08	22,86 ± 7,20 25,72 ± 7,50 17,14 ± 6,46 20,00 ± 6,86 14,28 ± 6,00
Освіта: — середня — середня спеціальна — незакінчена вища — вища	12,50 ± 5,30 * 32,50 ± 7,50 7,50 ± 4,22 47,50 ± 8,00	0,00 ± 0,00 * 20,00 ± 6,86 14,28 ± 6,00 65,72 ± 8,14
Місце проживання: — місто — сільська місцевість	70,00 ± 7,34 30,00 ± 7,34	82,86 ± 6,46 17,14 ± 6,46
Сімейний стан: — перебувають у шлюбі — не перебувають у шлюбі	62,50 ± 7,75 37,50 ± 7,75	57,14 ± 8,49 42,86 ± 8,49
Соціальна зайнятість: — працюють — не працюють	57,50 ± 7,92 42,50 ± 7,92	71,43 ± 7,75 28,57 ± 7,75
Характер праці: — розумова — фізична	69,57 ± 9,81 30,43 ± 9,81	80,00 ± 8,16 20,00 ± 8,16

Примітка. Тут і далі дані наведено в форматі (% ± m %); \* — різниці вірогідні при  $p < 0,05$

В основній групі хворих на депресивні епізоди переважали жінки — 77,50 % осіб, які належали до вікової групи від 40 до 49 років — 32,50 % осіб, мали вищу освіту — 47,50 % осіб, проживали в місті — 70,00 % осіб, перебували у шлюбі — 62,50 % осіб, працювали — 57,50 % осіб, здебільшого були зайняті розумовою працею — 69,57 % осіб.

Загалом, наведені дані свідчать, що особи групи порівняння за віком, місцем проживання, сімейним станом та показниками соціальної зайнятості вірогідно не відрізнялися від пацієнтів основної групи. Вірогідну різницю було виявлено за показником рівня освіти. В основній групі вірогідно більша кількість осіб мали середню освіту ( $p < 0,05$ ).

Під час дослідження було проведено ретельний аналіз анамнезу захворювання. За отриманими даними (табл.2), тривалість депресивного епізоду в обстежуваних хворих здебільшого складала від 2-х тижнів до 6-ти місяців (40,00 %). У значній кількості обстежуваних тривалість епізоду становила понад 12 місяців (35,00 %). Тривалість епізоду від 6-ти до 12-ти місяців спостерігалася у 25,00 % випадків.

Таблиця 2. Тривалість депресивного епізоду в обстежуваних основної групи

Тривалість захворювання	Абсолютна кількість (n = 40)	% ± m %
від 2 тижнів до 6 місяців	16	40,00 ± 7,84
6—12 місяців	10	25,00 ± 6,93
понад 12 місяців	14	35,00 ± 7,64

Під час оцінювання клінічної картини епізодів особливу увагу надавали вивченню усього депресивного спектра клініко-психопатологічних проявів (табл. 3).

Структура клініко-психопатологічних проявів депресивного спектра у хворих на депресивні епізоди характеризувалася наявністю афективних, мотиваційно-вольових, когнітивних, психомоторних та соматичних порушень. Зокрема, аналіз отриманих даних свідчить про те, що в усіх 100,00 % обстежуваних хворих провідним симптомом був пригнічений настрій.

Серед мотиваційно-вольових проявів найчастіше спостерігалася зменшення активності та ініціативи (85,00 %), а в структурі когнітивних порушень — зниження концентрації уваги (87,50 %). Психомоторні порушення в групі обстежених були виражені переважно ретардацією (52,50 %), соматичні — фізичною стомлюваністю (87,50 %) та розладами сну (82,50 %).

Аналіз клініко-психопатологічних особливостей хворих на депресивні епізоди був доповнений дослідженням за шкалою депресії Центра епідеміологічних досліджень США (CES-D) [11]. Шкала CES-D належить до суб'єктивних та призначена для виявлення та оцінювання важкості депресії. Встановлено, що ця методика, маючи подібні з іншими суб'єктивними опитувальниками (шкалами) загальну точність, чутливість і специфічність при виявленні депресій, перевершує їх під час розмежування депресивних станів за ступенем важкості. Проте, треба враховувати, що шкала CES-D є інструментом самодіагностики і відображає сприйняття обстежуваними власної хвороби та, як наслідок, особистісної змінності.

Таблиця 3. Клініко-психопатологічні прояви депресивного спектра у хворих основної групи

Показник, який оцінюється	% ± m % (n = 40)
<b>Афективні прояви:</b>	
— пригнічений настрій	100,00 ± 0,00
— відчуття туги	82,50 ± 6,08
— відчуття напруження	75,00 ± 6,93
— тривога	72,50 ± 7,15
— дратівливість	27,50 ± 7,15
<b>Мотиваційно-вольові прояви:</b>	
— зниження зацікавленості	72,50 ± 6,89
— зменшення активності та ініціативи	85,00 ± 5,72
— зниження продуктивності діяльності	65,00 ± 7,64
— відчуття провини, самозвинувачення, зниження самооцінки	42,50 ± 7,92
— неспроможність приймати рішення	37,50 ± 7,75
— відчуття відсутності перспективи у майбутньому	67,50 ± 7,50
— суїцидальні думки	27,50 ± 7,15
<b>Когнітивні прояви:</b>	
— погіршення пам'яті	57,50 ± 7,92
— зниження концентрації уваги	87,50 ± 5,30
— психічна виснаженість	72,50 ± 7,15
<b>Психомоторні прояви:</b>	
— ретардація (сповільнення рухів тіла, зниження експресії обличчя, звуження комунікаційної сфери)	52,50 ± 8,00
— ажитація (непосидючість, метушливість, безцільна неконтрольована гіперактивність)	12,50 ± 5,30
<b>Соматичні прояви:</b>	
Порушення базових функцій:	
— розлади сну	82,50 ± 6,08
— порушення апетиту	75,00 ± 6,93
— втрата маси тіла	67,50 ± 7,50
— зниження статевого потягу	57,50 ± 7,92
Порушення вітального тону функцій:	
— фізична стомлюваність	87,50 ± 5,30
— млявість та зниження енергії	77,50 ± 6,69
Неприємні тілесні відчуття (болю, напруження, важкості, оніміння тощо)	62,50 ± 7,75
Вісцеральні симптоми:	
— кардіоваскулярні	52,50 ± 8,00
— гастроінтестинальні	37,5 ± 7,75
— респіраторні	27,5 ± 7,15

Зокрема, було встановлено, що в основній групі обстежених діагностовано переважно розлади легкого та важкого ступеня важкості — по 35,00 % хворих відповідно (табл. 4).

Таблиця 4. Показники за шкалою CES-D у хворих на депресивні епізоди та осіб без психічних розладів

Групи обстежених за важкістю розладу	% ± m % (n = 40)	Середнє значення балів
<b>Хворі на депресивні епізоди</b>		
Показники норми	10,00 ± 4,80	12,50 ± 2,65
Розлад легкого ступеня важкості	35,00 ± 7,64	21,21 ± 1,97
Розлад середнього ступеня важкості	20,00 ± 6,41	28,50 ± 1,31
Розлад важкого ступеня важкості	35,00 ± 7,64	36,50 ± 4,85
<b>Особі без психічних розладів</b>		
Показники норми	88,57 ± 5,46	10,42 ± 4,37
Розлад легкого ступеня важкості	11,43 ± 5,46	21,25 ± 2,06

Розлади середнього ступеня важкості виявлені у 20,00 % хворих. При цьому у 10,00 % обстежених хворих виявлені показники, які є нижчими за розлад легкого ступеня важкості і не перевищують умовну норму (менш ніж 18 балів) при наявності клініко-психопатологічних проявів депресивного спектра, що може свідчити про відсутність усвідомлення власної хвороби та недооцінку важкості свого стану.

Середнє значення балів за шкалою CES-D у групі обстежуваних хворих для розладів легкого, середнього та важкого ступенів важкості становило 21,21 балів, 28,50 балів та 36,50 балів відповідно.

Для зіставлення результатів дослідження за шкалою CES-D були також обстежені особи без психічних розладів, що склали групу порівняння. Стан осіб групи порівняння здебільшого (88,57 % осіб) відповідав показникам норми із середнім балом за шкалою 10,42 балів. У 11,43 % осіб з відсутністю клініко-психопатологічних проявів депресивного спектра виявлені показники, що мають відповідати розладу легкого ступеня важкості. Цій категорії осіб були надані рекомендації щодо подальшого спостереження та оцінювання стану в динаміці.

Більш докладний аналіз середнього значення балів за пунктами шкали CES-D наведений на рисунку 1.

Найбільші показники у хворих на депресивні епізоди спостерігалися за такими пунктами: 12 — «Я почуваю себе щасливою людиною» (1,95 балів), 10 — «Я відчуваю занепокоєння, страхи» (1,90 балів), 6 — «Я відчуваю пригніченість» (1,83 балів), 16 — «Життя приносить мені задоволення» (1,78 балів). Ці дані свідчать, що обстежені хворі досить часто не почували себе щасливими, відчували занепокоєння та страхи, пригніченість та загальну незадоволеність життям.

За пунктами шкали CES-D 1—14 та 16—20 показники осіб групи порівняння були вірогідно меншими за обстежених хворих ( $t \geq 2,419$ ), тоді як за пунктом 15 — «Оточуючі налаштовані недружно щодо мене» — вірогідної різниці не виявлено, а показники були досить низькими і у хворих, і в осіб групи порівняння — 0,43 балів та 0,31 балів відповідно. Отже, обстежені в обох групах не були схильні до очікування загрози з боку оточуючих.

Для об'єктивізації оцінки клінічної структури, вираженості епізоду та його редукції в динаміці використовували психометричні шкали: шкала депресії Гамільтона (HDRS, оцінка на 1-й та 24-й день перебування у стаціонарі), шкала загального клінічного враження (CGI — CGI-S і CGI-I, оцінка на 1-й і 24-й та 7-й і 24-й дні перебування у стаціонарі відповідно).

Протягом перебування в стаціонарі, термін якого склав 22—24 дні, усі хворі на депресивні епізоди проходили обов'язковий курс фармако- та психотерапії. Необхідність використання медикаментозних препаратів, що включали психотропні засоби та загальнозміцнювальне лікування, для корекції депресивних розладів пов'язана з особливостями нейробіологічних процесів, що відбуваються в організмі хворого. На початку терапії оцінювали попередню фармакотерапію за адекватністю, дозуванням, тривалістю та в кожному окремому випадку перевагу надавали монотерапії антидепресантами, які не були задіяні раніше.

Неодмінною умовою успішного психотерапевтичного впливу було встановлення партнерських стосунків між лікарем та пацієнтом, активне залучення пацієнта в лікувально-реабілітаційний процес, пояснення йому суті та прогнозу захворювання, посилення курсу фармакотерапії, корекція порушень самооцінки та взаємодій з мікросоціальним оточенням, а також психологічна підтримка хворого.



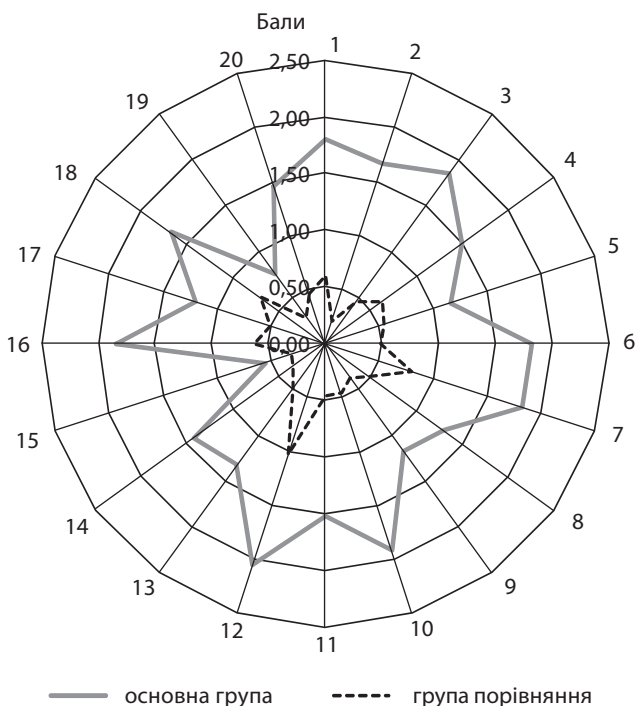


Рис. 1. Середні значення балів за пунктами шкали CES-D у хворих на депресивні епізоди та осіб без психічних розладів

Умовні позначення шкал:

- 1 — Я нервую з приводу того, що раніше мене не турбувало;
- 2 — Я не отримую задоволення від їжі, у мене поганий апетит;
- 3 — Незважаючи на допомогу друзів та членів моєї родини, мені не вдається позбутися почуття туги;
- 4 — Мені здається, що я не гірший за інших;
- 5 — Мені важко сконцентруватися на тому, що доводиться робити;
- 6 — Я відчуваю пригніченість;
- 7 — Все, що я роблю, вимагає від мене додаткових зусиль;
- 8 — Я сподіваюся на хороше майбутнє;
- 9 — Мені здається, що моє життя склалося невдало;
- 10 — Я відчуваю занепокоєння, страхи;
- 11 — У мене поганий нічний сон;
- 12 — Я почуваю себе щасливою людиною;
- 13 — Мені здається, що я став менше говорити;
- 14 — Мене турбує почуття самотності;
- 15 — Оточуючі налаштовані недружно щодо мене;
- 16 — Життя приносить мені задоволення;
- 17 — Я легко можу заплакати;
- 18 — Я відчуваю смуток, нудьгу;
- 19 — Мені здається, що люди мене не люблять;
- 20 — У мене немає сил та бажання починати будь-що робити

За шкалою HDRS було встановлено, що стан хворих здебільшого (82,50 %) на 1-й день перебування у стаціонарі відповідав «великому депресивному епізоду» (табл. 5). Водночас, «малому депресивному епізоду» відповідав стан 17,50 % хворих. Після комплексної терапії на 24-й день перебування у стаціонарі частка хворих на «великий депресивний епізод» зменшилася більше ніж в 2 рази.

Середнє значення балів за шкалою HDRS у групі обстежених хворих для «великого» та «малого» депресивних епізодів на 1-й день перебування у стаціонарі становило 30,24 балів та 15,43 балів відповідно. При цьому на 24-й день перебування у стаціонарі в результаті проведеної терапії середнє значення балів для «великого» та «малого» депресивних епізодів знизилася більше ніж на 10 %.

Докладний аналіз середнього значення балів за пунктами шкали HDRS наведений на рисунку 2.



Рис. 2. Динаміка показників шкали HDRS у хворих на депресивні епізоди

Умовні позначення шкал:

- 1 — Депресивний настрій;
- 2 — Почуття провини;
- 3 — Суїцидальні наміри;
- 4 — Інсомнія рання;
- 5 — Інсомнія середня;
- 6 — Інсомнія пізня;
- 7 — Робота та діяльність;
- 8 — Загальмованість;
- 9 — Ажитація;
- 10 — Психічна тривога;
- 11 — Соматична тривога;
- 12 — Шлунково-кишкові соматичні симптоми;
- 13 — Загальні соматичні симптоми;
- 14 — Генітальні симптоми;
- 15 — Іпохондричні розлади;
- 16a — Втрата маси тіла за анамнезом;
- 16b — Втрата маси тіла фактична;
- 17 — Критичність;
- 18a — Добові коливання;
- 18b — Добові коливання ступінь;
- 19 — Деперсоналізація та дереалізація;
- 20 — Параноїдні симптоми;
- 21 — Обсесивні та компульсивні симптоми

Таблиця 5. Показники за шкалою HDRS у хворих на депресивні епізоди

Групи обстежених за важкістю розладу	Оцінка на 1-й день перебування у стаціонарі		Оцінка на 24-й день перебування у стаціонарі	
	% ± m % (n = 40)	Середнє значення балів	% ± m % (n = 40)	Середнє значення балів
Показники норми	—	—	15,00 ± 5,72	5,67 ± 1,21
Малий депресивний епізод	17,50 ± 6,08	15,43 ± 0,79	52,50 ± 8,00	11,24 ± 1,97
Великий депресивний епізод	82,50 ± 6,08	30,24 ± 4,00	32,5 ± 7,50	20,54 ± 2,47

Найбільші показники у хворих на депресивні епізоди до терапії виявлені за такими шкалами: 1 — Депресивний настрій (2,60 ± 0,59 балів), 7 — Робота та діяльність (2,18 ± 0,93 балів), 10 — Психічна тривога (1,90 ± 0,67 балів), 11 — Соматична тривога (1,88 ± 0,79 балів).

Оцінка стану хворих в динаміці продемонструвала, що вираженість клінічних проявів за більшістю пунктів шкали HDRS (73,91 %) 1, 3—8, 10—15, 17—186 та 20 після терапії вірогідно зменшилася порівняно з першим обстеженням ( $t \geq 2,0189$ ), що переконливо свідчить про ефек-

тивність обраної терапії. Найбільше зниження проявів депресії спостерігалось за пунктами: 1 — Депресивний настрій, 7 — Робота та діяльність, 10 — Психічна тривога, 11 — Соматична тривога ( $t \geq 9,1372$ ,  $t \geq 5,5834$ ,  $t \geq 5,2834$  та  $t \geq 4,7587$  відповідно). Отже, оцінка стану хворих на 24-й день терапії свідчить про суттєве підвищення їх соціальної адаптації.

Вихідний ступінь вираженості психопатологічних проявів у хворих на депресивні епізоди за шкалою CGI-S розцінений як «хворий помірного ступеня» у 55,00 ± 7,97 % па-

цієнтів, як «хворий легкого ступеня» та «хворий значного ступеня» у  $17,50 \pm 6,08$  % пацієнтів відповідно та як «хворий тяжкого ступеня» — у  $10,00 \pm 4,80$  % пацієнтів (рис. 3). На момент виписки зі стаціонару за шкалою CGI-S стан повністю нормалізувався у  $5,00 \pm 3,49$  % випадків, відповідав «пограничному» стану у  $20,00 \pm 6,41$  % випадків, «легкому» — у  $67,50 \pm 7,50$  % випадків та «помірно вираженому» — у  $7,50 \pm 4,22$  % випадків.

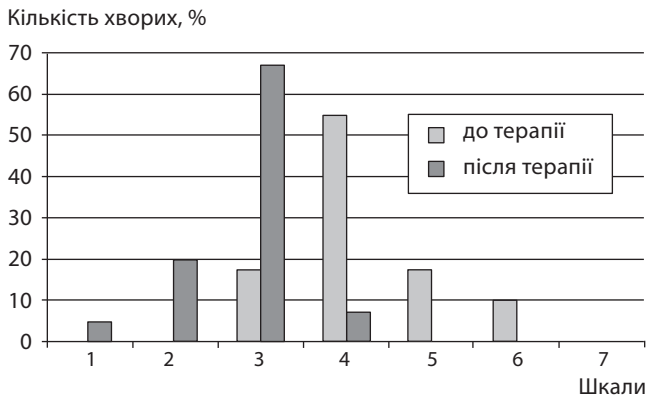


Рис. 3. Динаміка стану хворих на депресивні епізоди за шкалою CGI-S

Умовні позначення шкал:

1 — Психічно здоровий; 2 — На межі психічного захворювання; 3 — Хворий легкого ступеня; 4 — Хворий помірного ступеня; 5 — Хворий значного ступеня; 6 — Хворий тяжкого ступеня; 7 — Належить до групи найбільш важко хворих пацієнтів

Оцінка динаміки стану обстежених хворих за шкалою CGI-I на 7-й день лікування показала «дуже значне поліпшення», «значне поліпшення» та «мінімальне поліпшення» у  $32,50 \pm 7,50$  %,  $25,50 \pm 6,98$  % та  $27,50 \pm 7,15$  % пацієнтів відповідно (рис. 4). При цьому у  $15,00 \pm 5,72$  % хворих стан залишався незмінним. Повторне оцінювання динаміки стану хворих на депресивні епізоди на 24-й день терапії за шкалою CGI-I продемонструвало виражене поліпшення стану пацієнтів («дуже значне», «значне» та «мінімальне» — у  $47,50 \pm 8,00$  %,  $37,50 \pm 7,75$  % та  $10,00 \pm 4,80$  % випадків відповідно). Лише у  $5,00 \pm 3,49$  % пацієнтів був зареєстрований майже незмінний стан.

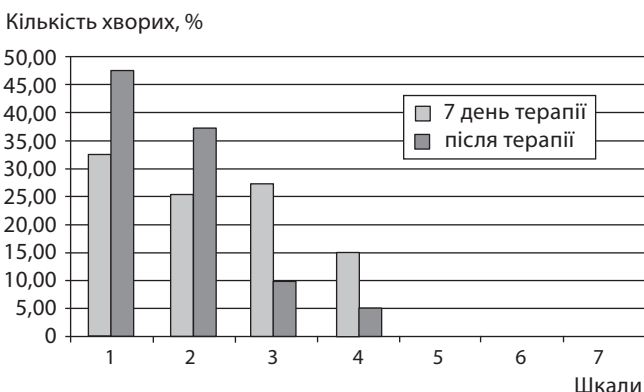


Рис. 4. Динаміка стану хворих на депресивні епізоди за шкалою CGI-I

Умовні позначення шкал:

1 — Дуже значне поліпшення; 2 — Значне поліпшення; 3 — Мінімальне поліпшення; 4 — Без змін; 5 — Мінімальне погіршення; 6 — Значне погіршення; 7 — Дуже значне погіршення

Для виявлення ймовірних зв'язків між тривалістю депресивного епізоду та важкістю депресивної симптоматики на момент госпіталізації (CGI-S) у обстежених хворих був проведений кореляційний аналіз, що виявив тенденцію до більш раннього звернення за спеціалізованою допомогою у разі ускладнення клінічної картини. Зокрема, встановлений від'ємний кореляційний зв'язок між «легким ступенем захворювання» та найкоротшою серед зазначених тривалістю депресивного епізоду від 2-х тижнів до 6-ти місяців ( $r = -0,376$ ).

Водночас, вивчення впливу тривалості депресивного епізоду на динаміку стану в процесі терапії (CGI-I) у хворих цієї категорії продемонструвало тенденцію до формування резистентності зі збільшенням терміну захворювання. Зокрема, виявлений додатний кореляційний зв'язок між «мінімальним поліпшенням» стану обстежених хворих та найбільшою тривалістю епізоду більше 12-ти місяців ( $r = 0,454$ ).

Отже, результати проведеного клініко-психопатологічного дослідження свідчать про певну розбіжність між об'єктивною оцінкою «важкості» депресивного епізоду та суб'єктивною оцінкою пацієнтами свого стану. Найбільш адекватна оцінка спостерігалась у хворих на помірні депресивні епізоди. Пацієнти з легкими депресивними епізодами схильні були переоцінювати важкість свого стану, тоді коли хворі з важкими депресивними епізодами не усвідомлювали в повному обсязі важкість свого стану.

Розроблено диференційовану комплексну систему терапії, що включала фармакотерапію, психотерапію, психоосвіту та ґрунтується на принципах: комплексної терапії; дотримання етапності (1 етап — *седативно-підтримувальний*, 2 етап — *лікувально-стабілізувальний*, 3 етап — *адаптаційно-профілактичний*); послідовності реалізації; диференційованого характеру терапії залежно від клінічних проявів депресивного розладу й особистісних особливостей хворих; поєднання методів індивідуальної та групової психотерапії; оптимальної тривалості терапії; спадкоємності в процесі коригувальних заходів; надання психопрофілактичних рекомендацій.

Провідним методом психотерапевтичного впливу визначена когнітивно-біхевіоральна терапія (КБТ) (за А. Беком, 2003), що застосовувалась на всіх етапах психотерапевтичної корекції. Техніки КБТ завдяки раціонально-логічному переробленню суб'єктивного погляду дозволили:

- змінити уявлення хворого про себе та свої можливості на більш позитивні (87,50 % пацієнтів),
- підвищити соціальну адаптацію хворих (75,50 % пацієнтів),
- поліпшити взаємовідносини з оточуючими (67,50 % пацієнтів),
- знизити самозвинувачення (65,00 % пацієнтів).

Під час оцінювання ефективності розробленої та апробованої комплексної терапії у 57,50 % пацієнтів було встановлено одужання та значне поліпшення з суттєвою психологічною перебудовою та зменшенням клінічних симптомів, у 37,50 % пацієнтів було зареєстровано поліпшення стану, і лише у 5,00 % пацієнтів стан майже не змінився. Вищевикладене свідчить про можливість використання КБТ як ефективного засобу психотерапевтичного впливу.

#### Список літератури

1. Марута Н. А., Венгер Е. П. Клинико-психопатологические особенности депрессивных расстройств у эмигрантов и реэмигрантов // Norwegian Journal of development of the International Science. 2017. № 12. P. 59—64.

2. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STARD report / A. J. Rush, M. H. Trivedi, S. R. Wisniewski [et al.] // *Am. J. Psychiatry*. 2006. Vol. 163. P. 1905—1917.

3. Richardson K., Barkham M. Recovery from depression: a systematic review of perceptions and associated factors // *J Ment Health*. 2017. Sep 6. P. 1—13.

4. Марута Н. О., Жупанова Д. О. Клініко-психологічні особливості хворих на депресію з різним рівнем медикаментозного комплаєнсу (діагностика і корекція) // *Український вісник психоневрології*. 2016. Т. 24, вип. 1 (86). С. 5—11.

5. Пуговкина О. Д. Mindfulness-based cognitive therapy: когнитивная психотерапия, основанная на осознанности в лечении хронической депрессии // *Современная терапия психических расстройств*. 2014. Т. 2. С. 26—32.

6. Risk factors for treatment resistance in unipolar depression: A systematic review / D. Bennabi, B. Aouizerate, W. El-Hage [et al.] // *J. Affect. Disord*. 2015. Vol. 171. P. 137—141.

7. Identifying Depressive Subtypes in a Large Cohort Study: Results from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA) / Lamers F., de Jonge P., Nolen W. A. [et al.] // *J Clin Psychiatry*. 2010. Vol. 71 (12). P. 1582—1589.

8. Марута Н. А., Явдак И. А., Череднякова Е. С. Оценка нейротрофической терапии депрессии // *Міжнародний неврологічний журнал*. 2017. № 3 (89). С. 29—38.

9. Conradi H. J., Ormel J., de Jonge P. Presence of individual (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: a 3-year prospective study // *Psychol Med*. 2011. Vol. 41. P. 1165—1174.

10. Richelson E. Multi-modality: a new approach for the treatment of major depressive disorder // *Int. J. Neuropsychopharmacol*. 2013. Vol. 16, No. 6. P. 1433—1442.

11. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях // М.: Медицинское информационное агентство, 2003. 209 с.

12. Busner J., Targum S. D. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice // *Psychiatry (Edgmont)*. 2007. Vol. 4 (7). P. 28—37.

Надійшла до редакції 25.04.2018 р.

**ФЕДЧЕНКО Вікторія Юрївна**, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу пограничної психіатрії Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна; e-mail: vfedchenko83@ukr.net

**FEDCHENKO Viktoriya**, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Borderline Psychiatry of State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of National Academy of Medical Science of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: vfedchenko83@ukr.net

УДК 159.91:378.091.212

*М. М. Хаустов*

## МОДЕЛЬ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ З ПОРУШЕННЯМИ АДАПТАЦІЇ

*М. Н. Хаустов*

### Модель медико-психологической поддержки студентов-медиков с нарушениями адаптации

*М. Khaustov*

### Model of medical and psychological support of medical students with adjustment disorders

В дослідженні проведено розроблення системи медико-психологічної підтримки студентів-медиків при виникненні у них дезадаптивних реакцій та станів.

Встановлено, що доцільним є комплексне використання психотерапевтичних та психоосвітніх інтервенцій, спрямованих на купірування тривожно-депресивних реакцій, дезактуалізацію психотравматичних ситуацій, відновлення психосоціальної активності та розумової працездатності, підвищення стресостійкості, формування продуктивних копінг-стратегій, активацію захисних психологічних механізмів, превенцію аддиктивної поведінки студентів, та заходів первинної, вторинної та третинної психопрофілактики.

**Ключові слова:** студенти-медики, розлади адаптації, медико-психологічна підтримка, психоосвіта, психотерапія, психопрофілактика

В исследовании проведена разработка системы медико-психологической поддержки студентов-медиков при возникновении у них дезадаптивных реакций и состояний.

Установлено, что целесообразно комплексное использование психотерапевтических и психообразовательных интервенций, направленных на купирование тревожно-депрессивных реакций, дезактуализацию психотравмирующих ситуаций, восстановление психосоциальной активности и умственной работоспособности, повышение стрессоустойчивости, формирование продуктивных копинг-стратегий, активацию защитных психологических механизмов, превенцию аддиктивного поведения студентов, и мероприятий первичной, вторичной и третичной психопрофилактики.

**Ключевые слова:** студенты-медики, расстройства адаптации, медико-психологическая поддержка, психообразование, психотерапия, психопрофилактика

The research was devised to develop a system of medical and psychological support of medical students in the event of their maladaptive reactions and states.

It was established that it is expedient to use the complex use of psychotherapeutic and psychoeducational interventions aimed at relieving anxiety-depressive reactions, deactivating psychotraumatic situations, restoring psychosocial activity and mental performance, increasing stress resistance, forming productive coping strategies, activating protective psychological mechanisms, and preventing addictive behavior of students, and measures of primary, secondary and tertiary psychoprophylaxis.

**Key words:** medical students, adjustment disorders, medical and psychological support, psychoeducation, psychotherapy, psychoprophylaxis

Поширеність дезадаптивних розладів в студентській популяції, за даними літератури, коливається від 5,8 % до 61,35 %. Вони зумовлюють зниження працездатності, погіршення навчальної адаптації й академічної успішності, а також якості життя студентів [1, 2].

Активна інтеграція українського суспільства до Європейської співдружності визначила нагальну потребу глибокого реформування системи освіти загалом, і зо-

крема — галузі підготовки медичних кадрів: істотно змінився режим і підвищилася інтенсивність навчального процесу, а також збільшилися обсяги навчального навантаження. Розвиток станів дезадаптації студентів протягом професійного навчання є головною психологічною, медичною та соціально-економічною проблемою, що несприятливо відбивається на ефективності майбутньої професійної діяльності студентів-медиків [3—5].

Актуальність дослідження порушення адаптації студентів медичних університетів до навчальної діяль-