УДК : 616.89-008-02-039.51

№ держреєстрації 0114U000109

Міністерство охорони здоров`я України

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

ЗАТВЕРДЖУЮ

Ректор Львівського національного

медичного університету

ім. Данила Галицького

акад. НАМН України,

проф. Зіменковський Б.С.

ЗВІТ

ПРО НАУКОВО-ДОСЛІДНУ РОБОТУ

Коморбідні фактори патоморфозу при психічних розладах

(заключний)

Керівник НДР, зав. кафедри психіатрії
та психотерапії ФПДО ЛНМУ, д. мед. н. **Фільц О.О.**

Нормоконтролер **Пилипенко А.А.**

2018

Рукопис закінчено 19 листопада 2018р.

СПИСОК АВТОРІВ

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

Керівник НДР,

професор, д. мед. н. Фільц О.О.

Відповідальний виконавець,

доцент, к. мед. н. Фітькало О.С.

Виконавці:

доцент, к. мед. н. Богута Х.Р.

доцент, к. мед. н. Кечур Р.В.

доцент, к. мед. н. Ришковська Н.О.

доцент, к. мед. н. Кігічак-Борщевська А.В.

доцент, к. мед. н. Кирилюк С.С.

доцент, к.мед.н. Качмарська М.О.

асистент Мироненко О.І.

асистент Забор В.С.

асистент Костюченко Н.В.

асистент Лизак О.Л.

асистент Мишаківська О.М.

асистент Баглай О.Р.

здобувач Гуль А.Л.

здобувач Павлусів Т.І

РЕФЕРАТ

Звіт про НДР: 104 с., 18 таблиць.

Звіт про планову науково-дослідну роботу кафедри психіатрії та психотерапії ФПДО "Коморбідні фактори патоморфозу при психічних розладах" (заключний) на 51 сторінках, містить вступ, огляд літератури, матеріали і методи та висновки.

Мета роботи – розробити нові системні підходи до терапії хворих на психічні захворювання, з урахуванням феноменів коморбідно трансформованого патоморфозу, провести клініко-патогенетичне обґрунтування методів дослідження.

Об'єкт дослідження –психічні розлади,тривожно-депресивні розлади, наркотична та алкогольна залежність коморбідна з психічними, неврологічними та соматичними розладами.

Предмет дослідження – клініко-психопатологічна структура психічних розладів,тривожно-депресивних розладів, наркологічної та алкогольної залежності.

Методи дослідження – експериментально-психологічний, емпірично-кількісний (шкали), клініко-фармакологічний, феноменологічний опис, психопатологічний та клінічний аналіз, метод ретроспективної оцінки стаціонарної карти пацієнта

Планувалось уточнити поняття коморбідністі при психічних захворюваннях; визначити особливе місце впливу феномену коморбідності в психіатрії; встановити частоту поєднаного діагнозу в психіатрії на основі трансформованого патоморфозу; дослідити вплив коморбідності на перебіг основного захворювання; встановити роль коморбідності у визначенні терапевтичної стратегії і тактики; розробити терапевтичні рекомендації з урахуванням коморбідності та обгрунтувати термін контрморбідності; ввести теоретичне поняття контрморбідність в психіатрію та наркологію.

Результати НДР впроваджені на клінічних базах кафедр психіатрії ЛНМУ та психіатричних допоміжних установах м.Львова, Львівської області.

Прогнозні припущення – методи потребують подальшої розробки і вдосконалення.

КОМОРБІДНІ РОЗЛАДИ, КОМОРБІДНІСТЬ ЕМОЦІЙНО-ПОВЕДІНКОВИХ ДЕФІНІЦІЙ, КОМОРБІДНІ СТАНИ У ХВОРИХ ЗАЛЕЖНИХ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН, ОПТИМІЗАЦІЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ІНТЕРВЕНЦІЇ, СТАЦІОНАРНА ПСИХОДИНАМІЧНА ПСИХОТЕРАПІЯ.

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ,ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ……...5

ВСТУП……..…….6

І. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ……….…...7

1.1 Коморбідні стани в психіатрії……..…….…….9

1.2 Коморбідні стани в наркології…….…….12

ІІ. РЕЗУЛЬТАТИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Метод центральної теми конфліктних стосунків……...34
2.2. Депресивний розлад…… ……46

2.2.1. «Контамінаційно-інфекційна» ідея психічного захворювання як варіант психологічного опрацювання депресивного страждання……46

ІІІ **КАТАМНЕСТИЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ПАЦІЄНТАМИ: ПОРІВНЯННЯ ТА ОБГОВОРЕННЯ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ** ……

3.1 Характеристика екзистенційного наповнення у пацієнтів з коморбідними тривожно-астенічними розладами……52

3.2. Коморбідність емоційно-поведінкових дефіцитів у підлітків з базовою емоційною компетентністю батьків……49

3. 3. Коморбідні стани у хворих залежних від психоактивних речовин ……61

3.4. Розуміння коморбідності і введення поняття контрморбідності в психіатрію та наркологію……69

3.5. Використання транскраніальної електростимуляції у лікуванні хворих залежних від алкоголю та наркотиків.

ВИСНОВКИ…….

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…….……... 74

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

КР Коморбідні розлади

МКХ-10 Міжнародна класифікація хвороб, 10 перегляд

DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV Edition

CCRT метод Центральної теми конфліктного стосунку

SCS-90 Опитувальник психопатологічних симптомів (Symptom Checklist Scale)

SCID-II напівструктуроване стандартизоване діагностичне інтерв'ю (Structured Clinical Interview for DSM Disorders)

MMPI Мінесотський багатопрофільний особистісний опитувальник (Minnesota Multiphasic Personality Inventory)

PANSS Шкала позитивних і негативних синдромів (Positive and Negative Syndrome Scale)

IPDE Міжнародний опитувальник особистісних розладів (International Personality Disorder Examination)

ВООЗ Всесвітня Організація Охорони Здоров`я

ЛОБІ Особистісний опитувальник ставлення до хвороби

СФАХ Сучасні форми алкогольної хвороби

АЗ Алкогольна залежність

ЦТКС Метод центральної теми конфліктних стосунків.

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

ВСТУП

Актуальність проблеми коморбідності проявляється постійним збільшенням досліджень у даному напрямку в усьому світі. Розробка цього наукового напрямку притаманна і підтримана зарубіжними та вітчизняними вченими (А.Б. Смулевич, 2005; О.О. Фільц, 2005), які вважають за необхідне дослідження всього спектру взаємодії психічних порушень (розладів особистості, пограничних станів, ендогенних захворювань), функціональних, в тому числі, психопатологічних проявів, що ускладнюють соматичний стан. На етапі первинної медичної допомоги пацієнти із наявністю одночасно декількох захворювань є швидше правилом чим виключенням. Причина коморбідності викликана паралельним ураженням різних органів і систем, які зумовлені єдиним патологічним агентом, наприклад, алкогольна вісцеропатія у хворих хронічною алкогольною інтоксикацією; патологія, асоційована з тютюнопалінням або системним ураженням при колагенозі. Розвитку алкогольної залежності і коморбідних психічних, неврологічних й соматичних розладів при якому виявлено діалектичну єдність екстра- та інтранозологічних складових їхніх взаємин виникає внаслідок різноманітних впливів періоду формування людини (перинатальний період, дитинство, підлітковість) та шкідливих чинників протягом її дорослого життя є фактором ризику і, одночасно, тлом розвитку алкогольної залежності, а з іншого – саме наявність останньої сприяє виникненню численних коморбідних, по відношенню до неї, розладів. Такий взаємозв’язок суттєво поглиблює класичні уявлення про роль коморбідної патології в клініці психічних захворювань та власне алкогольної хвороби, оскільки постулює пряму її залежність від поточних, мінливих сполучень факторів навколишнього середовища і викликаних ними порушень гомеостазу.

Ускладнена коморбідність є результатом основного захворювання і, як правило, проявляється після дестабілізації цього захворювання у вигляді дефектів органії-мішеней.

Проблемі коморбідності в останні роки приділяють багато уваги в усіх галузях медицини. Разом з тим, виникає питання, наскільки коморбідність дійсно являє проблему, яка може змінити і створити інноваційні підходи до діагностики та лікування в психіатрії. Проблема в тому, що повної аналогії між психіатрією і соматичною медициною здійснити і провести досить важко, а деякі вчені вважають і зовсім неможливою. Крім того потрібно також відзначити, що сьогодні особливостям перебігу та лікування такої поєднаної

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

патології у пацієнтів приділяється недостатньо уваги. Численні тактичні питання залишаються неконкретизованими, а деякі підходи до лікування суперечливими й остаточно не вирішеними. Відсутність єдиних критеріїв і технології оцінки пацієнтів з коморбідними розладами (КР) у психіатричній практиці визначила актуальність нашого дослідження.

Відомо, що сучасна медична наука володіє достатньою доказовою базою, яка підтверджує ефективність психотерапевтичного лікування при різноманітних психічних та соматичних розладах. Зокрема, доведено вплив психотерапії на функціональні та навіть структурні зміни у головному мозку. Достовірність результатів дослідження з ефективності застосування різних методів психотерапії сьогодні є настільки високою, що дозволяє включати останні у клінічні протоколи та рекомендації з лікування конкретних захворювань. Це стало можливим завдяки розвитку інноваційних підходів до вивчення ефективності не лише у галузі поведінкової та когнітивно-поведінкової, але й психодинамічно орієнтованої (в тому числі і психоаналітичної) психотерапії.

Тому при оцінці стосунків пацієнтів та при призначенні психотерапевтичного лікування доцільно застосовувати трансдіагностичний підхід, для якого характерне використання аналогічних принципів лікування при різних психічних розладах.

Актуальність виконаної роботи полягала в розробленні нових системних підходів до терапії хворих на психічні захворювання, оптимізації проведення короткофокусної стаціонарної психодинамічної психотерапії у пацієнтів із тривожними розладами та супутніми коморбідними станами невротичного регістру у «натуральних» стаціонарних умовах шляхом виявлення взаємозв’язку між покращенням у міжособистісних стосунках пацієнтів та позитивною динамікою у їхньому психопатологічному стані та суб’єктивному самопочутті. з урахуванням феноменів коморбідно трансформованого патоморфозу, проведенням клініко-патогенетичного обґрунтування методів дослідження.

Наукова новизна отриманих результатів. визначила актуальність нашого дослідження. Вперше застосовано і запропоновано новий термін «контрморбідність», в зв’язку з відсутністю єдиних критеріїв і технології оцінки пацієнтів з коморбідними розладами (КР) у психіатричній практиці.

Для дослідження ефективності психотерапевтичного лікування застосовано трансдіагностичний підхід до формування вибірки пацієнтів з базовим тривожним розладом та супутніми коморбідними станами. Класифіковані основні ознаки для всіх пацієнтів (незалежно від особливостей клінічних проявів): патерни міжособових

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

стосунків, динаміка яких від дисгармонійних до гармонійних свідчить про ефективність лікування в цілому.

Визначені патерни міжособистісних стосунків пацієнтів із базовою тривожною симптоматикою та супутніми коморбідними станами, в умовах комплексного стаціонарного лікування із застосуванням психодинамічної психотерапії. Співвіднесені патерни міжособистісних стосунків досліджуваних пацієнтів перед початком та після завершення психотерапевтичного лікування. У клінічному емпіричному дослідженні було застосовано метод ЦТКС у варіанті напівструктурованого інтерв'ю; вперше було перекладено українською мовою систему стандартних категорій ЦТКС-ЛУ та Опитувальник змін у переживаннях та поведінці VEV-test, призначений для суб'єктивної оцінки пацієнтами покращення у власному стані, а також застосовано даний опитувальник для оцінки пацієнтами змін у самопочутті після психотерапії.

Виявлено статистично достовірні кореляції між змінами патернів міжособистісних стосунків пацієнтів у наративах та змінами у їхній психопатологічній симптоматиці, а також суб'єктивними змінами власного стану, відзначеними пацієнтами.

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1 Коморбідні стани в психіатрії.

В продовж останніх 30 років у медицині темі «подвійні розлади-коморбідність» присвячено багаточисленні дослідження – епідеміологічні, клінічні, терапевтичні і фармакоекономічні. Розвивались як теоретичні погляди, так і шляхи вирішення прикладних проблем. Вітчизняній клінічній психіатрії притаманне парадоксальне явище: з одного боку, переконаність у залежності психопатологічної картини від особистісних характеристик хворого, а з іншого – при оцінці структури та динаміки психічних захворювань практично не враховувались інноваційні системні підходи до терапії хворих на дані захворювання, не досліджувався феномен трансформованого патоморфозу у зв'язку з наявністю коморбідності, не висвітлено та не обґрунтовано клініко-патогенетичні методи дослідження. Мало приділялось уваги питанням розвитку спеціальних підходів у лікуванні та реабілітації коморбідності в психіатрії, не з'ясовано таке поняття як контрморбідність.

Визнання науковцями актуальності проблеми коморбідності проявляється постійним збільшенням досліджень у даному напрямку в усьому світі.

В останні роки в Україні спостерігається тенденція до глибшого розуміння патологічних станів у клініці психічних захворювань, яка зумов-лена розвитком безпосередньо психосоматичної та соматопсихічної меди-цини. Термін «психосоматика» вперше запропонував у 1818 р. J. Heinroth, який вважав психогенними багато соматичних хвороб, особливо в етичному аспекті. Через 10 років М. Якобі ввів протилежне поняття «соматопсихічні хвороби», яке доповнювало «психосоматичні хвороби». До лікарського лексикону терміни «психосоматика» та «соматопсихіатрія» через століття ввів F. Deutsch (1922). На сьогодні цей термін має два значення, пов'язані з його застосуванням у медицині та хворобами, в патогенезі яких важливу роль відіграють психологічні, психовегетативні фактори та особистість хворого. Психосоматичні розлади включають не лише психосоматичні захворювання в традиційному, вузькому, розумінні цього терміна, але й значно більш широке коло порушень – соматизовані розлади, патологічні психогенні реакції на соматичні захворювання та інше, а також психічні розлади, що часто ускладнюються соматичною патологією.

Ні одна функція, ні один орган, ні одна система організму не працюють ізольовано. Їх безперервну роботу підтримує гомеостаз, який забезпечує злагоджену роботу процесів, захищає організм. В реальному житті організм зустрічає необмежену кількість

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО
ЛНМУ ім.Данила Галицького

патологічних агентів, під дією яких окремі його складові виходять із ладу, призводять до розвитку захворювань. В організмі запускаються при цьому адаптаційні і захисні хімічні реакції і фізіологічні процеси, які скеровані на призупинення цих процесів. Однак нічого не проходить без наслідків. Порушення роботи однієї ланки, не дивлячись навіть на усунення дефекту, тягне за собою зміни багатьох процесів, механізмів, функцій. Це в свою чергу сприяє появі нових хвороб, які можуть реалізуватись набагато пізніше. Захисні сили втрачають свій потенціал з віком, а також на фоні імунодефіциту, що зумовлений широким спектром причин. Отже, згідно наукових висновків, окремих захворювань не існує. Разом з тим в більшості лікарі діагностують і лікують у пацієнта захворювання ізольовано, при цьому не звертаючи уваги на його інші скарги та перенесені захворювання. Зрозуміло, що сучасна медицина повинна шукати інші підходи, виявляти фактори ризику такого поєднання, аналізувати перенесені захворювання, потенційно враховувати можливі ускладнення. Такий індивідуальний підхід до хворого диктує необхідність різностороннього вивчення клінічної картини основного, супутніх і перенесених захворювань, а також їх комплексної діагностики і раціонального лікування.

Ще в стародавній Греції великий мислитель і лікар Гіпократ писав: «Осмотр тела – требует знания, слуха, обоняния, осязания, языка, рассуждения». Уже в той час він був переконаний в необхідності пошуку глибоко захованої причини захворювання, а не в усуненні лише її симптомів.

Лікарі стародавнього Єгипту, Вавілонії та Середньої Азії також схилялись до такої думки. Вони успішно користувались і використовували в своїй медичній практиці діагностику захворювання по пульсу. Сьогодні на це звертають увагу виключно при захворюванні серця. Звичайно сучасна медицина на відміну від стародавньої в своєму арсеналі має безліч діагностичних методик і стала більш конкретизована. Однак питання коморбідності не сьогоднішнє розуміння проблеми. Ще в 1970 р. Alvan Feinstein – американський лікар, який мав значний вплив на техніку проведення клінічних досліджень запропонував поняття «Коморбідність» (від слів лат.co- разом, morbus – хвороба). І вклав в цей термін наявність додаткової клінічної картини, одночасно з основним захворюванням, яка відрізняється від першого. З часом поняття коморбідності переросло в окремий науково-дослідний напрямок. Вивчення поєднаної соматичної і психічної патології знайшло своє відображення і в психіатрії. Так цим питанням в свій час цікавились: I. Jensen (1975 г.) [2], J. H. Boyd и J. D. Burke (1984 г.) [3], W. C. Sanderson (1990 г.) [4], Ю. Л. Нуллер (1993 г.) [5], L. Robins (1994 г.) [6], А. Б. Смулевич (1997 г.) [7], C. R. Cloninger (2002 г.) [8]. Саме ці дослідники розробили моделі коморбідності. Вчені

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

виділили транссиндромальну і хронологічну коморбідність. Ця класифікація не дала повної картини захворювання, однак дозволила в свій час зрозуміти, що коморбідність може бути пов’язана з єдиною причиною або єдиним механізмом патогенезу цих станів, що деколи пояснюється подібними клінічними проявами, що не дозволяє точно диференціювати даний стан пацієнта. Тому на сьогодні термін комор бідні має безліч синонімів: поліморбідність, мультиморбідність, подвійний діагноз та ін. Завдяки цим дослідженням стали зрозумілі причини коморбідності: анатомічна близькість органів та систем, єдиний патогенетичний механізм, причинно-наслідковий зв'язок і ускладнення, що виникають після довготривалої хвороби.

Не дивлячись на безліч публікацій сьогодні не існує єдиної класифікації і загальноприйнятої термінології коморбідності. Принципове уточнення терміну «коморбідність» дали H. C. Kraemer и M. van den Akker, які визначили даний термін, як поєднання у одного хворого кількох, і що саме головне, хронічних захворювань. Вони пробували сформувати першу класифікацію коморбідності. Згідно з їх даними, факторами, які впливають на розвиток коморбідності можуть бути хронічна інфекція, запалення, інволютивні і системні метаболічні зміни, ятрогенія, соціальний статус, екологічна ситуація і генетичні зміни. Вчені запропонували виділити причинну, ускладнену, ятрогенну, не уточнену та випадкову коморбідність.

Причинна коморбідность викликана паралельним ураженням різних органів і систем, які зумовлені єдиним патологічним агентом, наприклад, алкогольна вісцеропатія у хворих хронічною алкогольною інтоксикацією, патологія, асоційована з тютюнопалінням, або системним ураженням при колагенозі.

Ускладнена коморбідність є результатом основного захворювання і, як правило, проявляється після дестабілізації основного захворювання у вигляді дефектів органії-мішеней. Прикладами такої коморбідності є хронічна ниркова недостатність внаслідок діабетичної нефропатії у хворих цукровим діабетом 2-гого типу.

Ятрогенна коморбідність проявляється при примусовому негативному впливові лікаря на пацієнта, при умові наголошення про постійну шкідливість того чи іншого лікарського засобу чи медичної процедури. Так гепатит від препаратів може виникнути в результаті хіміопрофілактики туберкульозу легень, призначеної з приводу віража туберкуліновиї проб.

Неуточнена коморбідність – це наявність єдиних патогенетичних механізмів розвитку захворювання, яка складає дану комбінацію, але потребує ряду досліджень, що

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

підтвердили б гіпотезу дослідника чи клініциста. Прикладами може бути виникнення ерозивних пошкоджень слизової оболонки верхніх відділів шлунково-кишкового тракту при «судинних» захворювань.

Прикладом так званої «випадкової» різновидності коморбідності є поєднання ішемічної хвороби серця і жовчнокам'яної хвороби. Однак «випадковість» на нашу думку в кінцевому варіанті теж можна пояснити з клінічних та наукових позицій терміну коморбідності.

Сьогодні широко поширена коморбідність, як співіснування двох або більше синдромів або захворювань, які патогенетично пов'язані між собою або співпадають в часі. На етапі первинної медичної допомоги пацієнти із наявністю одночасно декількох захворювань є швидше правилом чим виключенням. Так згідно даних M. Fortin, при аналізі 980 історій хвороб, які взяті із практики сімейного лікаря, поширеність коморбідності складає від 69% у хворих молодого віку (18-44 роки) до 93% у осіб середнього віку (45-64 роки) і до 98-100% у пацієнтів старшої вікової групи (65 і вище). Джерелами отриманої інформації про наявність кількох захворювань у пацієнтів були історії хвороби, амбулаторні карти пацієнтів та інша медична документація. Треба відмітити, що перераховані методи отримання інформації здійснені на основі клінічного досвіду, який лабораторно підтвердженей та аналізу і практичного досвіду лікаря. Саме тому при своїй безумовній компетентності вони були суб'єктивними. Однак ні в одному із виконаних досліджень не був проведений аналіз результатів патологоанатомічних розтинів, що на нашу думку є досить важливим. «Должность врачей вскрывать кого лечили», — сказав в свій час проф. Мудров. Аутопсія дозволяє достовірно встановити структуру коморбідності і безпосередню причину смерті кожного пацієнта незалежно від його віку, статті та гендерних характеристик.

Як бачимо проблемі коморбідності в останні роки приділяють багато уваги в усіх галузях медицини, не обминуло увагою це питання і психіатрію, яке висвітлюється в психіатричних журналах, що свідчить про актуальність даної теми. Разом з тим, виникає питання, наскільки коморбідність дійсно являє проблему, яка може змінити і створити інноваційні підходи в психіатрії. Проблема в тому, що повної аналогії між психіатрією і соматичною медициною здійснити і провести досить важко, а деякі вчені вважають і зовсім неможливою.

Тому наскільки коморбідність дійсно являє нову проблему, яка зможе реалізувати інноваційні підходи в психіатрії, чи вона є ще однією спробою реанімувати давно

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

встановлені закономірності, які нічого нового не принесуть треба довести. Відомо, що одночасна наявність двох і більше захворювань, які мають самостійні механізми, в соматиці зустрічаються досить часто, тоді як для психіатрії виглядає це зовсім по іншому. Це, в першу чергу пов'язано з тим, що в науці ми не маємо на сьогодні повних і вичерпаних даних з етіології і патогенезу психічних захворювань, а дані про самостійність і незалежність тих чи інших захворювань і розладів часто носять спекулятивний характер. Тому правомірно говорити про відносну коморбідність в психіатрії. Це стосується, наприклад, шизофренії і ендогенної депресії (приклади так званих постпсихотичних депресій у хворих шизофренією); депресивних і тривожних розладів (поєднання великого депресивного епізоду і панічного розладу); тривожні розлади і соматизація (поєднання соматоформних розладів з панічним страхом).

Таким чином всі хвороби мають як соматичний так і психологічний компоненти, які знаходяться в безперервній взаємодії. Відповідно (Смулевич А.Б.,1997) до психологічних розладів відносять різні патологічні стани, які виникають на основі взаємодії психічних і соматичних факторів і клінічних їх проявів у вигляді:

- психічних порушень, що проявляються в формі соматизованих синдромів;
- психогенні психічні розлади у вигляді реакції хворого на соматичне захворювання (нозогенні реакції);
- екзогенні психічні розлади, які виникають внаслідок соматичних розладів;
- соматична патологія, яка маскується під впливом психогенних факторів.

На цьому даний перелік не закінчується, а доповнюється широким спектром коморбідних проявів психічних і соматичних розладів. За даними (Mezzich I.E.,2008) в психіатричній практиці 79% хворих мають коморбідні прояви. У зв'язку з цим коморбідність соматичної і психічної патології потребує втручання та рекомендацій одночасно кількох спеціалістів з врахуванням, яка ж патологія на даний час є найбільш значущою. Сучасна модель комплексного підходу скерована на особистісно-центровану-інтегративну діагностику (person-centered integrative diagnosis)

Епідеміологічні дані динаміки проявів афективних розладів впродовж останнього століття свідчать про зростання кількості пацієнтів з депресивними розладами у популяції. Так, на початку XX століття таких хворих було біля 0,15 % від усього населення. При цьому, треба зазначити, що тоді враховувалися лише так звані госпітальні випадки. Вже у 50-х роках минулого століття у популяції реєструвалося до 2-5 % депресивних пацієнтів, тобто показники захворюваності депресії зросли у 20-30 разів. За даними ВООЗ на сьогодні тих, хто хоч одного разу пережив реальний депресивний епізод, налічується біля

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

30 % [1-3]. Така стрімка динаміка дозволяє деяким авторам говорити про своєрідну «велику епідемію депресій». Ще на 51 сесії ВООЗ було оголошено, що депресія зайняла перше місце в світі серед причин неявки на роботу і на друге - серед хвороб, що призводять до втрати працездатності. В Україні кількість хворих на депресію щороку збільшується на 3-5%. 50% осіб, які страждають на депресію, взагалі не звертаються за допомогою [4]. Серед тих, хто все ж таки це робить, лишень 25-30% потрапляють на прийом до психіатра [4,5]. Від 45 до 60% серед усіх скоєних суїцидів здійснюють хворі на депресію [6]. Людина, що страждає на депресію, має в 35 разів вищий ризик покінчити життя самогубством [7]. 56% осіб, які страждають на депресію, роблять спроби самогубства, а 15% закінчують життя в такий спосіб [8]. Ще у 60-і - 70-і рр. минулого століття пік захворювання на депресію припадав на вік 30-40 років, але на сьогодні депресія різко «помолодшала» і вражає осіб віком до 25 років [9]. При єдиному епізоді депресії імовірність рецидиву становить 50%, при перенесених двох - 70%, трьох - 90%. При депресивному розладі у дружини або чоловіка сім'ї розпадаються у 10 разів частіше, ніж у звичайних родинах [10]. Депресія розвивається частіше, якщо серед членів родини є пацієнти що страждають на депресію [11]. Приблизно 20% родичів хворих схильні до депресії, у той час як родичі здорових осіб хворіють у 7% випадків. Ризик розвитку депресії серед самотніх і розлучених осіб у 2-4 рази вищий, ніж серед сімейних. При цьому розлучені і самотні чоловіки ризикують більше, ніж розлучені і самотні жінки [10,12].

Для цілісного розуміння депресивної хвороби необхідно зупинитися на огляді питання так званої «внутрішньої картини хвороби», тобто на тому, як, з одного боку, депресивні пацієнти опрацьовують своє психічне страждання, а з іншого - оцінюючий вплив оточення на наявний депресивний стан у пацієнта. Важливим є те, що у вітчизняній клінічній психіатрії при описі феноменів психічного захворювання, в тому числі і депресій, притаманне парадоксальне явище: з одного боку, переконаність в залежності психопатологічної картини від особистісних характеристик хворого, а з другого – при оцінці структури, статики та динаміки психічної хвороби практично не враховується внутрішній світ хворої особистості та механізми її реагування та становлення. Тим не менше, незаперечним є факт, що преморбідні властивості депресивної особистості відбиваються в змісті психопатологічних переживань, а феноменологічний аналіз психічних розладів надає численні підтвердження уявленням про механізми реагування особистості в розвитку патологічного процесу. Особистість активно приймає участь в синдромогенезі в тісній взаємодії з психотравмуючими переживаннями та факторами

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

соціально-культурального середовища, тому її не можна розглядати як пасивний матеріал, в якому розвивається захворювання [13-18].

Одним з перших відчутів суму, переживань та настроїв хворого разом з його власним уявленням про хворобу під назвою аутопластичної картини хвороби описав Goldscheider (1929). Він виділяв два рівні аутопластичної картини хвороби: «сенситивний», який базується на відчуттях та пов'язаних з ними переживаннях та «інтелектуальний», який базується на відомостях про хворобу, якими вололодіє сам хворий. Близьким є поняття внутрішньої картини хвороби Лурия Р.А. (1935), під якою розумілося «все те, що відчуває та переживає хворий, вся маса його відчуттів… його загальне самопочуття, самоспостереження, його уявлення про свою хворобу, про її причини… - цілий світ хворого, який складається з досить складних поєднань сприйняття та відчуття, емоцій, афектів, конфліктів, психічних переживань та травм». Автор дотримувався поділу внутрішньої картини хвороби на два рівні, але особливе значення придавав інтелектуальному, який суттєво впливає на перебіг патологічних процесів. Подібні проблеми розроблялися й іншими дослідниками, якими були запропоновані наступні терміни: «переживання хвороби» Шевалев Е.А. (1936), Ковалев В.В. (1972), «свідомість хвороби» Краснушкин Е.К. (1950), Рохлин Л.Л. (1957), Познанский А.С. (1966), «позиція до хвороби» Фрумкин Я.П., Мизрухин И.А. (1970) та ін.

Використовуючи в якості основного поняття «аутопластична картина хвороби» Vondracek V. (1969), Konecny R., Bouchal M. (1982) пропонують наступну класифікацію її типів: нормальна, зневажлива, заперечуюча, нозофобна, іпохондрична, нозофільна, утилітарна [19].

Byrne D.G. (1982) зазначав, що реакція на хворобу залежить від характеру та прогнозу захворювання, особливе місце відводив осмисленню хвороби [20].

Одним з цікавих поглядів до вивчення суб'єктивної сторони захворювання містяться в роботах Lipowski (1983). Він пропонує свою типологію «психосоціальних реакцій на хворобу», виділяючи в них три компоненти: реакція на інформацію про захворювання, емоційні реакції на хворобу, реакції подолання хвороби.

Николаева В. розглядаючи внутрішню картину хвороби виділяє наступні її рівні: чуттєвий, емоційний, інтелектуальний, мотиваційний.

Личко А.Е., Иванов Н.Я. (1980) виділили типи стосунку до хвороби: гармонійний, тривожний, іпохондричний, меланхолійний, апатичний, неврастенічний, обсесивно-фобічний, сенситивний, егоцентричний, ейфоричний, анаозогнозичний, ергопатичний, парано́яльний [21].

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

Навіть при такому короткому розгляді різноманітних понять помітно, що автори намагаються з різних сторін підійти до проблеми відношення «пацієнт-хвороба». Вони говорять і про відчуття, які виникають у хворої людини, і про усвідомлення цих відчуттів, і про емоційні реакції на факт захворювання взагалі, про інтелектуальне опрацювання відчуттів, уявлень та відомостей про своє захворювання. Дослідники вказують на виникнення у хворого своєї концепції хвороби, про можливі види поведінки хворого, які базуються на цій концепції хвороби, тощо.

Jaspers K. в «Allgemeine Psychopathologie» [22] писав: «Здатність до рефлексії дозволяє людині дивитися на себе якби з боку; тобто хворий може з боку бачити власну хворобу. З точки зору спостерігаючого лікаря психічна хвороба виглядає зовсім інакше, ніж з точки зору рефлексуючого хворого. Так людина, яка піддається аналізу на предмет психічної хвороби, може вважати себе цілком здоровою; людина може вважати себе хворою, не маючи для цього об'єктивних підстав (що само по собі є хворобливим симптомом); усвідомлено включаючи в дію власні внутрішні ресурси, людина може позитивно чи негативно впливати на перебіг хворобливих процесів».

Benedict R. (1934) висував припущення про те, що симптоматика психічних захворювань залежить від «культуральних схем» в відповіднних уявлень про психічну норму. Надалі неодноразово відзначалося що в різних суспільствах в симптоматології психічних розладів виявляються суттєві відмінності. Так, в дослідженні Townsenxd J. при порівнянні уявлень хворих про психічну патологію в двох ідентичних за всіма показниками психіатричних закладах Німеччини та США були виявлені статистично значимі відмінності лише між уявленнями самих хворих про психічну хворобу, так і їх поведінкою в стаціонарі, що дозволило виявити зв'зок вказаних параметрів з домінуючим в цих країнах культуральними концепціями психічних розладів [16, 24-27].

Згідно гіпотези Wallace A. симптоми психічних розладів, а також їх перебіг залежить не лише від моделей стресу, існуючих в конкретному суспільстві, але й від прийнятих в ньому концепцій та теорій, які визначають границі психічної патології [28]. Ідея про те, що «стереотипи безумства» мають глибокий вплив на симптоматологію, наочно проілюстрована Scheff T. [29-31]. Ним показано, що поширені «буденні» уявлення про психічну патологію, які існують в Сполучених Штатах Америки, діють як «фольклорні моделі», які програмують певні «ролі божевільного», і за своєю суттю аналогічні «фольклорним моделям» примітивних суспільств. Згідно теорії Scheff T. багато людей з різноманітних причин (біологічних, психологічних, соціальних) порушують правила співіснування (соціальні норми поведінки) [32-35]. В залежності від різних умов

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО
ЛНМУ ім.Данила Галицького

(особистості, конкретного порушеного правила, соціального контексту та ін.) до порушника суспільством може бути прикріплений «ярлик», «стигма» психічно хворого. Цей процес закріплює суспільне уявлення про психічну хворобу, яке було отримане в дитинстві та посилене культурою, очікуванням самого хворого та оточуючих [36-39]. Поведінка такої людини починає все більше відповідати популярним уявленням, а кінцевим результатом цього процесу є «стереотипні ролі божевільного».

Підсумовуючи даний огляд літератури необхідно відмітити, по-перше, окреслену вищезгаданими авторами вагомість патопластичних факторів та необхідність врахування соціо-культуральні аспектів середовища існування індивідуума як і у діагностиці психічних розладів загалом, так і депресивних, зокрема. По-друге, враховуючи наростання проявів атипових депресивних розладів доцільним є переогляд та доосмислення сучасних уніфікованих критеріїв діагностики депресивних розладів та визначення їхнього місця у психопатології депресивного страждання [40-42].

У фокусі уваги психіатрів сьогодні є чимраз частіше ті види депресій, які займали другорядну позицію, як нарцистична, екзистенційна, аномічна [1,2]. Характерним фактом є те, що ці види депресивних розладів виникають при неспроможності старої системи цінностей у людей, які призвичаїлися до певного стилю життя, що має, на їхню думку, непохитну ідеологію. Внаслідок відсутності у таких людей інших систем цінностей, втрата контактів з атрибутами втраченої системи цінностей спричинюється до виникнення такого спектру депресивних станів [3]. Депресивний афект часто супроводжується у цих випадках переживанням щодо уявлень хворого про самого себе і своїх спроможностей із зовнішніми очікуваннями від соціуму. За описами пацієнтів, депресія сприймається як щось, чого треба соромитися та приховувати з наявною масивною забороною «ділитися» своїми переживаннями та турботами. При цьому, розповідаючи про хворобу, пацієнти вважають, що здорові, які їх слухають можуть «заразитися» хворобою і навіть захворіти. Одним з таких феноменів є феномен у формі «контамінаційно-інфекційної» ідеї психічного захворювання проявлявся і поведінково у пацієнтів з меланхолійною депресією, особливо яскраво - у стаціонарі, коли пацієнти, що мають легший перебіг хвороби, просять відселити їх від важчих депресивних сусідів у іншу палату, щоб ті не передали їм важкості своєї хвороби.

Напевно, відсутність чіткого уявлення про механізм психічних захворювань і розладів стало однією із причин введення в практику психіатрії уніфікованих і стандартизованих класифікацій, таких як МКБ-10 і DSM-IV. Характеризуючи основні підходи, які використовуються в даних класифікаціях, діагностика здійснюється у

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

відповідності з домовленістю. Подібний підхід, безсумніву, відрізняє певна формалізація, коли наявність кількох характеристик стану при виключенні інших дозволяє зупинитись на якій-небудь певній діагностичній категорії. Це в свою чергу дозволяє не збирати важко затратного анамнезу, що характерно для сьогоднішньої психіатрії. Разом з тим такий підхід не виключає можливості наявності кількох діагностичних категорій на рівних, коли є ознаки, які характерні для кількох діагнозів, кожний із яких має право на самостійність. Саме в цих випадках і потрібно говорити про коморбідність. В психіатрії це в найбільшій мірі характерно для пограничних нервово-психічних розладів, серед яких найчастішими були діагнози неврозів. Однак, як в МКБ-10, так і в DSM-IV, діагноза `невроз` уже не існує. В якості самостійних діагностичних категорій виділяють розлади настрою і тривожні стани, для яких виділені чіткі діагностичні критерії, без виявленої на те причини, яка мала б викликати такий стан. Таким чином, тривожні розлади, які раніше відносились до неврозів, в даний час в плані причинності прирівнюються до афективних розладів, що в більшості випадків виникають як ендогенні. Виходячи з цього і всю гаму тривожних розладів можна розглядати як ендогенні по походженню. Однак це не відноситься до шизофренії, тому що дана хвороба детермінована іншими прихованими від нас факторами, можливо генетичними. Клінічна реальність і багаточисленні літературні дані переконливо доводять, що між тривожними і депресивними явищами існує більше спільного, чим різного, хоча об'єднати цю феноменологію буде теж не вірно. Їм в життєвому і психопатологічному розумінні слова надається зовсім різне значення. Тому сьогодні дана проблема на підставі вивчення поширеності і структури коморбідних психічних розладів потребує розробки алгоритмів діагностики, лікувальної тактики при таких розладах, профілактичних та організаційних заходів, а також створення навчальних програм з даних питань для лікарів-психіатрів, наркологів, сімейних лікарів та лікарів загальної медичної практики для удосконалення організації психіатричної допомоги даній категорії пацієнтів.

1.2 Коморбідні стани в наркології

По іншому виглядає системний аналіз спільного розвитку алкогольної залежності і коморбідних психічних, неврологічних й соматичних розладів при якому виявлено діалектичну єдність екстра- та інтранозологічних складових їхніх взаємин. З одного боку, психічна, неврологічна й соматична патологія, що виникає внаслідок різноманітних впливів періоду формування людини (перинатальний період, дитинство, підлітковість) та шкідливих чинників протягом її дорослого життя, є фактором ризику і, одночасно, тлом розвитку алкогольної залежності, а з іншого – саме наявність останньої сприяє

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО
ЛНМУ ім.Данила Галицького

виникненню численних коморбідних, по відношенню до неї, розладів. Такий взаємозв'язок суттєво поглиблює класичні уявлення про роль коморбідної патології в клініці власне алкогольної хвороби, оскільки постулює пряму її залежність від поточних, мінливих сполучень факторів навколишнього середовища і викликаних ними порушень гомеостазу.

У деяких пацієнтів наркологічного профілю можна спостерігати не тільки психічні або соматичні розлади, але й залежність від кількох психоактивних речовин. Лікарі-наркологи, які в своїй практиці мають справу з такими хворими, розуміють наскільки це складна категорія цих пацієнтів у всіх відношеннях - як у спілкуванні, так і стосовно лікування залежних з ознаками психічної та соматичної патології. Враховуючи літературні дані відсоток таких пацієнтів складає біля 40%. Супутні розлади з одного боку, створюють додаткову мотивацію до вживання психоактивних речовин, а з іншого – вплив психоактивних речовин погіршує стан здоров'я. Як правило, у більшості пацієнтів з коморбідністю, прогноз клінічного перебігу захворювання відносно несприятливий, що пов'язано із можливим взаємовпливом, що утруднює визначення того розладу, який є первинним.

Потрібно також відзначити, що сьогодні особливостям перебігу та лікування такої поєднаної патології у пацієнтів приділяється недостатньо уваги. Численні тактичні питання залишаються неконкретизованими, а деякі підходи до лікування суперечливими й остаточно не вирішеними.

В даний час науковий інтерес з питань коморбідності афективних розладів і алкогольної залежності зростає. Проблема співіснування екзогенних і ендогенних захворювань, діагностичної класифікації атипічних абстинентних психозів є гостро актуальною. Подібний інтерес визваний збільшенням частки хворих наркологічного профіля, які лікуються в психіатричних закладах, і яким був виставлений «подвійний діагноз». Крім цього, в останнє десятиліття з'являється велике число скритих, стертих, атипових форм, а також видозмінених «класичних» картин перебігу як психічних (Смулевич А.Б., 1997), так і наркологічних (Чирко В.В., 2002) захворювань.

Вивчення коморбідних станів має велике практичне значення. Це викликано тим, що подібне поєднання форми залежності відрізняється в цілому гіршим прогнозом протікання, результатами психофармакологічного лікування, високим ризиком суїцидів. Хворі відрізняються більш тяжкою симптоматикою у порівнянні з категорією пацієнтів, які страждають некоморбідною патологією, що веде до більш раннього і частого звернення до лікаря. Поєднання алкоголізму з ендогенними депресіями було відомо ще в

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

минулому столітті, але дані про частоту такого поєднання неоднозначні. Дослідження Powell B.J. et al., 1987; Ross H. et aL, 1988; Schacter M. et aL, 1987; Schukit M., Monteiro M., 1988; Schwab J.J. 1994; Sherfey M., 1955; Weissman M., Meyers J., 1980, вказують на широку поширеність даної коморбідної патології, яка коливається від 7 до 67%. За даними цих авторів у 30-44% хворих алкоголізмом на протязі життя виникали розгорнуті депресивні стани (Helzer J., Przybeck T. J., 1988; Ross H. et al. 1988). Частота афективних розладів у хворих алкоголізмом, за даними різних авторів, була набагато вища, ніж наявність депресивних станів (Helzer J., Przybeck T. J., 1988; Weissman M., Meyers J., 1980). Більшість дослідників фіксували високу частоту поєднання обох захворювань (Powell B.J. et al., 1987; Schacter M. et al., 1987). Прослідковувалась і протилежна точка зору - тільки 5% депресивних хворих страждають алкоголізмом (Hasin D. et al., 1988). Така велика різниця в частоті поєднаної патології, напевно, пов'язана з недосконалістю діагностичних критеріїв, їх недостатньою розпрацьованістю та різним складом обстежуваних хворих.

Коморбідність в адиктології проявляється з надзвичайною виразністю. Найчастіше ми спостерігаємо одночасне співіснування в клінічній картині у конкретного хворого того або іншого адиктивного розладу (алкоголізму, лудоманії, патологічного шопінгу та ін.) та розладу особистості (за типом
залежної, емоційно нестійкої, дисоціальної та ін.), синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю; генералізованого тривожного розладу, обсесивно-компульсивного розладу, розладу адаптації. Крім того, адиктивні розлади майже завжди розвиваються у акцентуйованих осіб, схильних до фантазування з приводу своєї винятковості, підвищено ранимих, чутливих до критики, таких, що шукають нових відчуттів і переживань, відрізняються низькою фрустраційною толерантністю. Особливу увагу слід звернути на універсальність механізму тривожної депресії, по суті глибокої тривоги, що «надягає маску» депресії. Сьогодні ця форма адаптації на патологічному рівні розповсюджена в країнах з високим темпом життя, екзистенціальною нестабільністю, «засміченістю» інформаційного простору шумовими сигналами. Коморбідність з тривогою доповнюється третьою патологічною ланкою - конверсійними розладами. Це призводить в епоху інтернету і розширення поля колективної свідомості до клінічного патоморфозу тривожних розладів - їх надзвичайно високої соматизації та вегетативною насиченістю проявів [12]. Характерно, що саме лікар-терапевт (сімейний лікар) знаходиться на передньому рубежі контакту з хворим коли пацієнт звертається з приводу соматичних порушень, однак проявляє явні ознаки адиктивного розладу.

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

Аналіз спеціальної літератури показав, що практично відсутні роботи, які висвітлюють клініку, діагностику, патоморфоз, лікування особливої форми поєднаної патології - шизоафективних розладів і алкогольної залежності. В то й же час, як показує клінічна практика, пацієнти з подібною коморбідною патологією досить часто зустрічаються в психіатричних стаціонарах. Однак, як правило, лікування здійснюється основного захворювання і є недостатньо ефективне. В таких випадках, наявність афективних проявів, психотичних реакцій, неврозо- і психопатоподобніх розладів, з однієї сторони, і наявність тієї чи іншої психоактивної речовини, клінічно виправданим є призначення адекватної, патогенетично направленої психофармакотерапії.

Зрозуміло, що лікування хворих алкоголізмом, наркоманією, ускладненою психіатричною патологією представляє вкрай важке завдання. Тому терапія коморбідних розладів повинна будуватись на загальних принципах терапії психічних захворювань, особливо в тих випадках, коли неможливо визначити первинність чи вторинність нозологічної складової коморбідного процесу. Основна задача лікування таких хворих пов’язана з більш чіткою диференціацією на рівні симптомів і синдромів (в плані їх клінічної значущості і конкурентності).

В літературі спостерігається явний дефіцит праць, де висвітлювалась би саме клінічна структура алкогольної залежності, яка протікає на фоні ендогенних психозів. Існують наукові роботи в яких доведено, що періодична ендогенна депресія, яка виникає в рамках маніакально-депресивного психозу ускладнює перебіг алкоголізму і створює додаткові труднощі в терапії (Гиндикин В.Я., Жданов Н.В., 1981; Ойфе И.А., 1990; Энтин Г.М., Крылов Е.Н., 1994; Weissman M., Meyers J., 1980). За іншими авторами в клінічній практиці достатньо часто зустрічаются і відносно сприятливе протікання цієї коморбідної патології. Так, Schukit M., Monteiro M. (1988) говорили про те, що депресії ендогенного походження у більшості хворих алкоголізмом після припинення прийому алкоголю редукуються протягом 1, максимум 2-4 тижнів.

Враховуючи вищесказане вважаємо, що питання клініки, діагностики, особливостей перебігу коморбідного патологічного процесу в даній галузі залишається не до кінця вивченим і тому актуальним. Так, Колупаев Г.П., Петрович А.А. (1985); Пятницкая И.Н. (1988); Шмуклер А.Б. (1985), Разин Р.Х., Цилли Е.И., (1985) відмітили, що зловживання алкоголем може припинитись при посиленні ендогенної тривоги або при поглибленні ендогенної депресії (O'Salliven et al., 1984).

На межі віків в Україні, як і в інших країнах Європи, спостерігається значне зростання не тільки масштабів, але й змін якісних характеристик споживання

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

психоактивних речовин в т.ч. психічних та поведінкових розладів внаслідок зловживання алкоголем. Сьогодні має місце так звана картина генералізованої коморбідності та патоморфозу алкогольної залежності (АЗ), яка говорить про ще більшу актуалізацію проблеми алкогольного зловживання. Змінилося співвідношення клінічних, патофізіологічних та патохімічних компонентів, виникли нові фактори ризику, спостерігається велика частота випадків раннього і надзвичайно швидкого формування АЗ, високої злоякісності і безремісійного перебігу. Обов'язковими стали ефекти поєднання станів залежності і негативних змін довкілля з виникненням і поглибленням важких, невідкладних наркологічних розладів, генералізованих варіантів вітально-загрожуючих сомато-неврологічних, екзо- та ендотоксикаційних не тільки медичних, але й соціально-популяційних наслідків (З.Н. Болотова, 1987; А.Е. Личко, В.С. Битенский, 1991; А.П. Чуприков с соавт., 1993; И.К. Сосин, Е.В. Кришталь, Г.П. Андрух, 1995; Т.М. Воробьёва, П.В. Волошин, Л.Н. Пайкова с соавт., 1995; Н.П. Волошина, 1997; А.И. Минко, 1997; А.К. Наприенко, К.Н. Логановский, 1997; С.И Табачников 2000; Г.Т. Сонник 2003; В.А. Павлов 2003; Т.В. Чернобровкина, 2004; А.И. Минко, И.В. Линский, 2004; D.Rossi, 1998; R.B. Davis, 1998; W. Byge, 1998, та інші). Дослідники звертають увагу на хронологічні збіги між погіршенням здоров'я населення у цілому, тотальною трансформацією поширених захворювань і багаточисельними екологічними, техногенними та соціально-політичними катаклізмами, що супроводжувались антропогеним засміченням довкілля та масовими інтоксикаційними, радіаційними, фрустраційними впливами на внутрішнє середовище людини. Наведені матеріали у своїй сукупності створюють те необхідне підгрунтя, яке дає можливість щодо ідентифікації проблеми генералізованої коморбідності та трансформації АЗ на тлі та при участі екзогенно-обумовленних змін гомеостазу.

Епідемічний характер поширення АЗ, її висока питома вага в структурі загальної хворобливості населення, зміцнення взаємозв'язків із іншими захворюваннями, значні негативні соціально-економічні наслідки надають підстави для віднесення даної патології до розряду найактуальніших загроз сучасному українському суспільству і які потребують невсипущої уваги з боку держави (П.В. Волошин та співіавт., 2001; С.И. Табачников, В.Ф. Москаленко, 2003; И.В. Линский, А.И. Минко, 2005).

Численні публікації свідчать про достатньо ранню маніфестацію і швидкий розвиток алкогольної хвороби, а також про значне ускладнення клініки АЗ, її збагачення різноманітними структурними компонентами (клініко-психопатологічними, патофізіологічними, соматоневрологічними). Триває трансформація перебігу АЗ в

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

напрямку зростання її злоякісності, атиповості, і, як наслідок, терапевтичної резистентності, що закономірно призводить до прогресуючого зниження рівня соціального функціонування та якості життя хворих (З.Н. Болотова, 1987; А.Е. Личко, В.С. Битенский, 1991; А.П. Чуприков и соавт., 1993; А.К. Напреенко, К.Н. Логановский, 1997; В.Я. Пишель, 2002; Г.Т. Сонник, 2003; І.Й. Влох, 2003; В.Д. Мишиев, 2003; Ю.В. Валентин, 2004; А.И. Минко, И.В. Линский, 2004; Т.В. Чернобровкина, 2004; И.К. Сосин, Ю.Ф. Чуев, 2005; D. Rossi, 1998 и др.).

Тому сьогодні, з огляду на клінічний патоморфоз захворювання, істотні відмінності від класичних його описів – "преформовані аксіоми алкогольної залежності" – розробляється концепція "сучасних форм алкогольної хвороби" (І.К. Сосин, 2002; О.І. Минко, 2004). Вона ґрунтується на уявленнях про множинність і поєднаність екзо- та ендогенних патогенних впливів, які, по-перше, є причинами ускладнення й обтяження клініки АЗ, по-друге, сприяють виникненню власне феномену коморбідності. Саме це зумовлює потребу у міждисциплінарному, комплексному підході до розв'язання проблеми "сучасних форм алкогольної хвороби" (СФАХ). Згідно зазначеній концепції, недооцінка високої коморбідності АЗ з психічною, соматичною, неврологічною патологією (за даними H. Kaplan, B. Sadock (1997) та А. А. Двирского (2000) від 30 до 50 % всіх випадків) – є основною причиною низької ефективності традиційних методів лікування та реабілітації.

Значущість проблеми коморбідності АЗ з іншими психічними та соматичними захворюваннями, у тому числі для розробки нових стратегій лікування, визнається як окремими дослідниками (В.П. Самохвалов, 1993, Н. Сарториус, 2001; 2003; В.Д. Менделевич, 2003; Д.В. Сайков, І.К. Сосін, 2004 та ін.), так і великими міжнародними організаціями (WHO, 1999; 2004).

Все більш інтенсивно вивчається поєднання АЗ з якісно відмінними від неї хворобами, або, інакше кажучи, екстранозологічна коморбідність (В.С. Моисеев, 1990; С.И. Табачников и соавт., 1992; Л.С. Фридман и соавт., 1998; В.В. Чирко, 2002; А.А. Двирский, 2003; Н.Г. Пшук, 2004; В.В. Шорин и соавт., 2003-2005; N.D. Volkov, 2001). Так, значну увагу науковців привертає до себе "подвійний діагноз" розладів внаслідок вживання алкоголю і психосоматичних захворювань (Н.Г. Пшук, 2001; Б.В. Михайлов та співав.,2001), шизофренії (H. Kaplan, B. Sadock, 1997), депресії (Н.А. Марута, О.С. Чабан, 1995; В.Д. Мишиев, 2002; Н.А. Марута, А.И. Минко, 2002; А.Н. Корнетов, 2003; В.С. Подкорытов, Ю.Ю. Чайка, 2003; Д.В. Сайков, И.К. Сосин, 2004 и др.), іншої афективної патології (И.И. Кутько, А.К. Напреенко, В.М. Козидубова, 2001), розладів поведінки (В.Д.

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

Меделевич, 2003), посттравматичного стресового розладу (N.D. Volkov, 2001; Sakai J.T., 2004).

Не менша увага приділяється інтранозологічній коморбідності АЗ (Л.Г. Гукасян, 1968; Н.А. Бохан, 2002; В.Д. Менделевич, 2003; П.И. Сидоров и соавт., 2003; N.D. Volkov, 2001), яка проявляє себе поліорганною патологією, патогенетично пов'язаною із вживанням етанолу: алкогольними енцефалопатією, поліневропатією (Г.Я. Лукачер, Т.А. Махова, 1989; Н.П. Волошина, 2000), кардіоміопатією (В.Н. Дзяк и соавт., 1980), пневмонією (Н.Г. Найде нова и соавт., 2002), гепатопатією, панкреатітом (С.Д. Подімова, 2001; П.П. Огурцов, 2002) і навіть енцефалополімієлоневропатія (О.А. Тесленко, 2003).

Незважаючи на значний обсяг здобутої інформації, походження самого феномену розширення інтра- та екстранозологічної коморбідності АЗ, що спостерігається протягом останніх років, залишається далеким від розуміння. Невідомо, чи є коморбідність АЗ простим наслідком загального зниження резистентності населення до будь-яких шкідливостей (в тому числі до етанолу), що відбулось через цивілізаційне усунення факторів природного відбору при одночасному забрудненні зовнішнього середовища; чи це специфічний самостійний феномен?

Якщо зосередитись на зовнішніх факторах, то найбільш важливими з них постають ті, що діють на людину в період її формування, коли вона, через незрілість механізмів збереження внутрішнього середовища організму, є найбільш чутливою до будь-яких впливів.

Максимально повне вивчення сукупності взаємин в системі "зовнішнє середовище – внутрішнє середовище організму людини" є необхідним для прогнозування виникнення і перебігу коморбідної патології як при АЗ, так і при інших залежностях, що, в свою чергу, є передумовою розробки й застосування патогенетично обумовлених медикаментозних й психотерапевтичних технології. Це є важливим і в плані чіткого розділення агоністичних та антагоністичних впливів "поєднаних" з залежністю захворювань при формуванні терапевтичної тактики для уникнення поліпрагмазії, упередження ускладнень, зменшення бічних ефектів та запобігання ятрогенної аддикції, які часто зустрічаються в наркологічній практиці при застосуванні "комплексної фармакотерапії" (Н.Н. Иванец, 1985; О.Ф. Ерышев, Т.Г. Рыбакова, 1990; А.И. Катковников и соавт., 1991; С.И. Табачников и соавт., 1995; А.М. Бакеева, М.М. Мукашев, 2000; В.А. Шаповалова и соавт., 2002; А.Я. Гриненко, 2003; А.Л. Игонин и соавт., 2004; Б.М. Кершенгольц и соавт., 2004; М.Ю. Игнатов, 2004; С.В. Литвинцев и соавт., 2004; S.A. Brown et al., 1997; R.B. Davis, 1998; W. Byge, 1998; P.J. Cowen, 1999). Така багатофакторність вимагає застосування

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

широкого арсеналу методів: епідеміологічного, клініко-психопатологічного, нейробіологічного, нейрохімічного тощо, а також відповідних багатофакторних процедур аналізу зібраної інформації.

Проблема зі здоров'ям, яка викликана зловживанням є результатом складної дії біологічних, психічних та соціальних факторів, на які в свою чергу впливає характер індивідуума, що вживає адиктивні речовини. За іноземними авторами (L.S. Chen, E.O. Johnson, N. Breslau,2009; I.R. Schlaepfer, N.R. Hoft, M.A. Ehringer,2008) 40-42% хворих поряд із залежністю мають соматичні захворювання (гепатит А, В, С, туберкульоз та ін.), а кожний третій пацієнт наркологічної клініки має поєднану психіатричну патологію, яка суттєво ускладнює протікання основного захворювання та його лікування. Адиктивна поведінка у таких пацієнтів створює додаткову мотивацію для споживання психоактивних речовин і в той же час є одним із наслідків такого вживання. Частота депресивної симптоматики у хворих наркологічного профілю настільки велика, що зловживання використовується в якості головного аргумента виключення при діагностиці власних афективних розладів (F30- F39 по МПК-10). Часто у пацієнтів з адиктивною поведінкою діагностують депресію, шизофренію та інші психічні розлади, які пов'язані із способом життя хворого. Прогноз основного захворювання у таких хворих є вкрай несприятливий, а клінічна картина постійно змінюється, відповідно до того, що відбувається в соціумі. За даними клініцистів « в умовах гострої/хронічної інформаційної травми (психогенії) значна частина популяції (до 80%) компенсує вирішення проблеми за допомогою адиктивної поведінки. Тому, як ми говорили раніше на початку захворювання дана група пацієнтів звертається за медичною допомогою, насамперед, не до нарколога, а до лікарів (сімейних, невропатологів, інфекціоністів, терапевтів, хірургів та ін.) із скаргами на соматичну патологію та коморбідні психічні розлади. Важливо, щоб лікар до якого звернувся даний пацієнт, не пропустив таке важливе захворювання як адикцію, а діагностика поєднаної хвороби і наступне втручання зі сторони лікаря забезпечило ефективне лікування та позитивний прогноз для пацієнтів.

Наявність сьогодні надзвичайно високої концентрації агресії у суспільстві і відсутність однозначного і адекватного наукового визначення цього складного феномена робить проблему дослідження хворих з коморбідністю різного походження особливо актуальною. Кінцева ефективність лікування залишається неприйнятно низькою, особливо пацієнтів поєднаної патології.

В літературі ми не знайшли, які саме адикції зустрічаються частіше у хворих на коморбідні стани та афективні розлади, як вони впливають на перебіг поєднаного

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО
ЛНМУ ім.Данила Галицького

захворювання, на терапію хворих із такою патологією та їхню реабілітацію. Ми не зустріли наукових праць, які б показали наскільки схильні до адиктивної поведінки студенти та не зустріли відповідних програм профілактики. На сьогоднішній день не проведено скринінг у студентів на предмет мотивації вживання адиктивних речовин.

Вивчення коморбідної патології — психічних захворювань, сполучених із систематичним вживанням психоактивних речовин (ПАР) або залежністю від них, є відносно новою актуальною проблемою психіатрії та наркології, хоча поставлена вона була ще наприкінці XIX століття, коли Еміль Крепелін помітив появу «редукованих шизофреній» на фоні систематичного вживання алкоголю. Існує думка про відносно сприятливий перебіг шизофренії при поєднанні зі зловживанням ПАР. Вважається, що у цієї групи пацієнтів розвиваються відносно слабкі шизофренічні зміни особистості. Дискутабельним залишається питання, яке з цих захворювань є первинним. Так, деякі дослідники вважають, що хронічний алкоголізм патогенетично близький до ендогенного процесу, інші припускають, що алкогольні психози розвиваються на так званому шизофренічному підґрунті або зловживання алкоголем вносить своєрідне «алкогольне забарвлення» ендогенної патології.

Відомо, що серед хворих із залежністю від ПАР майже у кожного п’ятого є коморбідні ендогенні психічні розлади, а серед хворих на шизофренію та біполярний розлад не менше третини мають ознаки залежності від ПАР.

У роботах М. К. Бєлінської (2005) переконливо доведена протективна дія ПАР, завдяки якій психотичні стани маячного і галюцинаторно-маячного рівнів виникають вірогідно рідше і значно менш тривалі, ніж аналогічні розлади, що розвиваються в періоди, вільні від систематичного вживання наркотиків, клінічні прояви шизофренічних шубів на фоні наркотизації більш поліморфні, які мають велику афективну насиченість, рідше виникають ка-татонічні приступи. Клініка наркотичної залежності при шизофренії істотно змінюється: скорочується період прихованої наркотизації, становлення синдромів зміненої реактивності і психічної залежності відбувається більш тривало, і у ряді випадків у клінічній картині наркотичної залежності виявляються нехарактерні симптоми (психотичні епізоди без зв’язку із загостренням або маніфестацією ендогенного захворювання, але характерні для їхньої клініки). З погляду соціальної адаптації, наркотична залежність несприятливо діє на хворих і значною мірою збільшує виразність негативних розладів у періоди ремісій шизофренічного процесу.

Актуальність вивчення цієї проблеми важко переоцінити, між тим коморбідна патологія створює великі труднощі для практичного психіатра та нарколога: лікування психічного

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

розладу утруднюється через наркотичну залежність, та навпаки, лікування зловживання ПАР ускладнюється наявністю психічної хвороби. Проблема коморбідних розладів («подвійного діагнозу»; психічної патології ускладненої наркологічною; «поєднаної патології») є складною не тільки з наукової, але й з організаційної точки зору, враховуючи розділення психіатричної та наркологічної служб, що історично склався. Діагностична невизначеність щодо хворих із коморбідними розладами призводить до необґрунтованої госпіталізації їх у непрофільні стаціонари, знижує ефективність лікування та їх реабілітацію. Дуже складним і досі не вирішеним є питання медико-соціальної експертизи таких пацієнтів, бо сполучення психічної та наркологічної патології утруднює оцінку соціального їх функціонування (Є. М. Харченко, В. В. Дворніков, Є. В. Харчук, Т. В. Синіцька, 2009). Медико-соціальне значення цих патогенних факторів не викликає сумніву. Основна складність діагностики асоційованих станів у тому, що симптоми хронічного споживання ПАР та інших психічних захворювань подібні. Найбільш простою є ситуація, коли мають місце ознаки обох захворювань. Важливим діагностичним критерієм супутнього психічного розладу є перебіг залежності від ПАР. Основного значення він набуває при латентній формі захворювання, не яскравій симптоматиці, задовільній соціальній адаптації, а також у дебюті процесу. Наркотична залежність, як і будь-яка нозологічна форма, має визначені клініко-динамічні закономірності. Їхні порушення, вихід захворювання за традиційні рамки у будь-якому випадку потребують особливо уважного вивчення психіатричного анамнезу. Зокрема, створення нових форм та інструментів для виміру клініко-функціональних порушень, зумовлених психічними і наркологічними захворюваннями (стандартів клініко-діагностичних технологій), враховуючи їх специфічні особливості клінічного перебігу, набуває особливої актуальності (на основі принципів медичної, психологічної та соціальної реабілітації людей з подвійним психіатричним та наркологічним діагнозом).

Виділення в окрему категорію коморбідних розладів в якості самостійної одиниці має не тільки теоретичне, але і велике практичне значення, тому що вони в цілому мають несприятливий прогноз, неефективну психофармакотерапію та високий ризик суїцидів. Пацієнти такого типу також відрізняються значно тяжчою симптоматикою порівняно із хворими, що страждають на некоморбідні розлади, і приблизно вдвічі частіше звертаються до лікарів.

Вживання ПАР психічно хворими досить довго вважали просто побічним симптомом психічних розладів, але, як виявилося, воно має складніші патогенетичні взаємовідносини.

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

Усе відзначене диктує необхідність детального вивчення хворих з наявністю коморбідності, психічними та поведінковими розладами, визначення коморбідних факторів патоморфозу при психічних розладах, соціально-психологічних особливостей для розробки нових підходів до діагностики, терапії, реабілітації та профілактики з метою поліпшення якості життя пацієнтів.

В Україні дослідження хворих з коморбідними розладами (КР) знаходяться тільки на початковому етапі. Відсутність єдиних критеріїв і технології оцінки пацієнтів з КР у психіатричній практиці визначила актуальність нашого дослідження.

II. РЕЗУЛЬТАТИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження проводилось на кафедрі психіатрії та психотерапії факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; на базі Львівської державної клінічної психіатричної лікарні; стаціонарного відділення №2 Львівського обласного психоневрологічного диспансеру та Львівського обласного державного клінічного наркологічного диспансера. Матеріали були опрацьовані за допомогою методів порівняння, наукового узагальнення, евристичного спостереження. В нашому дослідженні приймали участь пацієнти згідно інформованої згоди.

2.1. Метод центральної теми конфліктних стосунків

Матеріал дослідження склали пацієнти з невротичними та межовими розладами, які проходили лікування на клінічній базі кафедри – у стаціонарі № 2 Львівського обласного психоневрологічного диспансеру, де, за підтримки Єврокомісії, у 2002 р. уперше було впроваджено модель європейського психотерапевтичного стаціонару. На етапі до терапії опрацьовано 51 інтерв'ю; на етапі після терапії – 30 (з них 29 придатні для дослідження). У 80 інтерв'ю знайдено 5 365 компонентів стосунків, для кожного з яких було визначено по два формулювання з каталогу 120 стандартних категорій, всього – 10 730 компонентів ЦТКС-ЛУ. Нами використано найбільш поширену та розвинуту методику якісних досліджень у психотерапії – метод центральної теми конфліктних стосунків (ЦТКС). Розглянуто застосування методу при певних нозологіях та психодинамічних феноменах, зокрема, розладах особистості, а також вивчено роль ЦТКС у психотерапевтичному процесі та його результатах. Метод ЦТКС було створено американським психологом Лестером Люборскі у 70-х рр. минулого століття на основі клінічного матеріалу Пенсильванського дослідження психотерапії [3]. Предметом дослідження у ньому є наративи – розповіді пацієнтів про важливі для них стосунки з

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

іншими людьми. Їх можна отримати з дослівних протоколів психотерапевтичних сеансів (тоді пацієнти розповідають їх спонтанно) або під час напівструктурованого інтерв'ю (так званого RAP-інтерв'ю), коли пацієнта спеціально просять розповісти про його стосунки з іншими особами. У таких розповідях виділяють епізоди стосунків, що складаються з трьох компонентів: (1) бажання, потреби або наміри пацієнта стосовно інших людей (W); (2) реакції інших осіб на такі бажання, потреби чи наміри пацієнта (RO); та (3) реакції пацієнта у відповідь на реакції інших осіб (RS). Поєднання таких трьох компонентів, визначальних у стосунках пацієнта з іншими людьми, утворюють центральну тему конфліктних стосунків (ЦТКС). Кожен із цих компонентів можна сформулювати двома способами: за допомогою індивідуальних категорій – власних висловів дослідника (або прямої мови пацієнта), або шляхом використання відповідних стандартних тверджень, які були поступово сформульовані та зведені у єдину систему на основі численних емпіричних досліджень клінічного психотерапевтичного матеріалу (стандартні категорії ЦТКС). Категорії можуть бути позитивними (напр., бути щасливим), негативними (напр., ненавидіти) або нейтральними. Приклад поєднання категорій, які утворюють центральну тему конфліктних стосунків: бажання (W) подобатися іншим; реакція інших (RO) – бути байдужим; власна реакція (RS) – бути розчарованим. Відтак, патерн поведінки особи, у якої виявлено таку центральну тему конфліктних стосунків, є наступним: вона прагне подобатися іншим, однак у відповідь оточуючі ставляться до неї байдуже, і це її розчаровує.

У сучасних клінічних дослідженнях застосовуються дві основні системи стандартних категорій ЦТКС: (а) класична система категорій ЦТКС, розроблена у США, у якій категорії об'єднані у тематичні групи – кластери [3]; та (б) система категорій ЦТКС-ЛУ, розроблена у Німеччині, яка має ієрархічно-кластерну структуру [4]. Стандартні категорії є інструментом об'єктивізації процесу дослідження, своєрідною «спільною мовою», зрозумілою усім дослідникам, яка дає можливість достовірно оцінювати та порівнювати результати різних досліджень.

Метод центральної теми конфліктних стосунків у дослідженнях психотерапевтичного процесу застосовується насамперед для аналізу основних феноменів у психодинамічній психотерапії – перенесення та контрперенесення; клінічного опису психотерапевтичного випадку; структурування задокументованого психотерапевтичного матеріалу [5]. Окрім контент-аналізу терапевтичних сеансів, метод ЦТКС застосовують також при короткотривалій психодинамічній терапії, яка має на меті покращити міжособистісні стосунки пацієнта. Така методика терапії є підтвердженою дослідженнями,

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

валідною та надійною. Вона складається з 16 сеансів та трьох фаз. Під час першої фази (1-4 сеанси) терапевт допомагає пацієнту встановити часто повторювані дисгармонійні патерни у його стосунках; під час другої фази (5-12 сеанси) пацієнт переглядає та опрацьовує патерни своїх стосунків; під час третьої, завершальної, фази (14-16 сеанси) терапевт та пацієнт опрацьовують нові варіанти стосунків, що розвиваються у пацієнта з важливими для нього особами [6].

Згідно літературних даних переважна більшість досліджень стосується амбулаторного, або «не-стаціонарного», лікування різних категорій психічних розладів. Нами зауважено, що впродовж останніх 10-15 років частина пацієнтів із згадуваними нами психічними розладами щораз частіше підлягає стаціонарному або напівстаціонарному лікуванню, наприклад, при розладах харчування, тривожних, депресивних, психотичних розладах, а також пограничному розладі особистості з декомпенсацією та соціальною дезадаптацією. Однак, досі крім нас ще не проводилися дослідження таких хворих у стаціонарному психотерапевтичному сетінгу. Ми вважаємо, що дані з цього приводу могли б мати важливе значення не лише для аналізу ефективності стаціонарного сетінгу, але й для правильного планування загальної лікувальної стаціонарної рамки.

Методика ЦТКС-ЛУ

У 1990 р. було опубліковане третє видання стандартних категорій ЦТКС (Edition 3), створене на основі доповнених перших двох видань. Його особливістю було об’єднання існуючих та нових стандартних категорій у кластери (тематичні групи), адже кількість категорій збільшилася, і їхнє застосування ставало усе більш трудомістким. Саме це видання широко використовувалося у дослідженнях у 1990-х роках. Його надійність було неодноразово підтверджено американськими дослідниками. Проте, під час використання системи стандартних категорій ЦТКС у своїх дослідженнях стосунків німецькі дослідники виявили істотно нижчий рівень узгоджень між різними дослідниками, ніж у роботах американських авторів. Найважливішою причиною таких розбіжностей щодо надійності результатів німецькі дослідники вважали недосконалість системи стандартних категорій. Саме це дало початок роботі над альтернативною системою категорій, яка б дала можливість максимально достовірно визначити патерни стосунків пацієнтів у дослідженнях.

Створення нової альтернативної системи категорій було спільно розпочате німецькими експертами з методу ЦТКС з університетів м. Лейпцига та м. Ульма у 1999 р. Дослідники, які працювали над її створенням, ставили перед собою наступні цілі:

- використання максимально широкої клінічної (емпіричної) бази;

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО
ЛНМУ ім.Данила Галицького

- уникання випадків, коли індивідуальні категорії (бажання чи реакції) не збігаються із жодною зі стандартних категорій, або ж збігаються одразу з декількома категоріями;
- послідовне та логічне подання стандартних категорій для кожного з трьох компонентів ЦТКС у єдиному, об'єднаному списку без повторів категорій;
- орієнтування у системі категорій повинне бути спрощене завдяки ієрархічній будові;
- система повинна містити мінімально необхідну кількість категорій та кластерів;
- збереження емпіричного підходу;
- просте і доступне опанування процедури оцінювання;
- максимальна легкість у застосуванні, економія зусиль та часу

Перед початком роботи над створенням системи категорій дослідники провели опитування експертів з ЦТКС, щоб оцінити, з якими практичними труднощами, зумовленими недосконалістю системи категорій, вони стикаються під час досліджень. Також розробники нової системи отримали дані досліджень з використанням методу ЦТКС, проведених у німецькомовних країнах, а саме: протоколи 8 психодинамічних короткотривалих психотерапій та двох довготривалих психоаналітичних психотерапій, 12 біографій, 72 вступних інтерв'ю та 445 RAP-інтерв'ю, що суттєво збільшило емпіричну базу дослідження. Окрім 3-го видання стандартних категорій ЦТКС, у якості основи для створення нової системи категорій було використано 13 альтернативних методів визначення міжособистісних стосунків (Опитувальник центральних стосунків, Опитувальник прив'язаності, категорії Структурного Аналізу Суспільної Поведінки, Опитувальник патерну міжособистісних стосунків та ін.), а також категорії з чотирьох теоретичних моделей, зокрема, теорії прив'язаності Боулбі. У результаті такого вичерпного збору інформації про міжособистісні стосунки та їхні компоненти дослідники отримали 806 формулювань компоненту W, 1158 формулювань реакцій інших осіб (RO) та 1363 формулювання власних реакцій (RS). Подальша робота над таким об'ємним матеріалом полягала у переформулюванні усіх компонентів у предикати (присудки в інфінітивній формі). Предикатну форму подання категорій було обрано як таку, що найбільш пристосована до сучасного статистичного опрацювання. Було використано одиничні предикати, що описують характеристику об'єкта, та множинні предикати, які характеризують стосунки між двома (бінарні) та більше об'єктами. Наступним кроком

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

було об’єднання між собою синонімічних категорій. У результаті було отримано 232 предикатні групи, а внаслідок подальшого процесу об’єднання – 101 предикатну групу.

Важливою особливістю бінарних предикатних форм стала можливість їхнього векторного застосування. Найбільшого значення таке застосування набуло при оцінці компоненту бажань: за допомогою одних і тих самих формулювань предикатів стало можливим оцінювати бажання як щодо себе, так і щодо інших людей. Цей вектор у системі ЦТКС-ЛУ вказують за аналогією з реакціями RO та RS. Наприклад, предикат «любити» може використовуватися для позначення бажання самому любити іншу людину (бажання щодо себе – wish towards the self,WS) та бажання отримувати любов іншої людини (бажання щодо іншого – wish towards the other, WO). Таким чином, у системі ЦТКС-ЛУ замість трьох основних компонентів – W, RO та RS з’являються чотири – WS, WO, RO та RS. Векторність у новій системі може визначатися в усіх чотирьох компонентах за напрямами щодо себе та щодо іншої особи. Наприклад, у компоненті бажань це виглядає наступним чином: «хочу любити себе» – WSS; «хочу любити іншого» – WSO; «хочу, щоб інший любив мене» – WOS; «хочу, щоб інший любив когось іншого» – WOO. У компоненті реакцій інших осіб векторність позначатиметься так: «інший любить мене» – ROS; «інший любить когось іншого» – ROO. У компоненті власних реакцій: «я люблю себе» – RSS; «я люблю іншого» – RSO. Таким чином, векторність може надавати одній і тій самій категорії до восьми смислових значень, у той час як у попередніх системах категорій для кожного з таких значень використовувалася окрема категорія.

Таким чином, після завершення роботи нова система категорій набула наступного вигляду: на найвищому рівні розташовано 13 кластерних категорій, кожній з яких призначено літеру латинського алфавіту від A до M, причому перші 4 кластери – A, B, C та D об’єднані у групу «гармонійні», а наступні 9 – E, F, G, H, I, J, K, L та M – у групу «дисгармонійні». Кожен із кластерів найвищого рівня у свою чергу поділяється на кілька підкластерів середнього рівня; усього на середньому рівні міститься 30 категорій, які також включають у себе об’єднані за змістом підкатегорії, яких на найнижчому рівні міститься 119. Кожна з категорій на будь-якому ієрархічному рівні тепер може використовуватися для позначення будь-якого компоненту ЦТКС, на відміну від класичної системи стандартних категорій, де для кожного з компонентів – W, RO та RS – призначені окремі кластери категорій. Використання системи категорій ЦТКС-ЛУ є зручнішим завдяки ієрархічній структурі, адже тепер, замість того, щоб читати увесь список категорій, досліднику потрібно обрати лише одну з 13 категорій на вищому рівні,

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

найбільш відповідну за змістом для певного компоненту, а потім знайти відповідну категорію на нижчому рівні.

Робота над створенням нової системи категорій ЦТКС тривала три роки, і вже в 2002 р. було опубліковано власне нову систему категорій, звіт про роботу над нею та перші результати її застосування в емпіричних дослідженнях. Автори назвали нову систему категорій «ЦТКС-ЛУ» – на честь міст Лейпцига та Ульма, у яких її було створено, а також завдяки «логічній уніфікованості». Того ж самого року було розпочато міжнародну співпрацю з колегами з різних країн з метою перекладу ЦТКС-ЛУ різними мовами та випробування застосування її перекладених версій. У 2002 р. нами було здійснено перший переклад системи категорій ЦТКС-ЛУ українською мовою.

Робота з удосконалення системи категорій ЦТКС-ЛУ не припинялася з моменту її створення. До основних змін, впроваджених у систему, слід віднести введення шістьох нових вищих кластерів: α – люблячий (охоплює кластери A, B та C); β – сильний (кластер D); γ – слабкий (кластери E, F та G); δ – неприємний (H, I та J); ε – войовничий (кластери K та L); і ζ – відсторонений (кластер M). Окрім цього, деякі категорії у нижчих кластерах були переформульовані з метою уточнення або ж метою уникнення однакових категорій найнижчого рівня, які перебувають у двох різних кластерах. Наприклад, формулювання «приймати» у попередньому варіанті системи зустрічалося двічі: у категоріях A21 та C11. У новому варіанті системи це формулювання залишилося лише в A21, а у C11 було вилучене. Аналогічним чином було вилучено чи замінено усі дослівні повторення формулювань у різних кластерах. Внесення таких змін додає достовірності при порівнянні результатів ЦТКС, отриманих різними дослідниками, адже обирання стандартних категорій з різних кластерів, хоча й ідентичних за формулюванням, могло збільшувати розбіжності між дослідниками. Інші нововведені формулювання категорій переважно стосуються введення кількох нових формулювань, уточнених та синонімічних значень, а також смислових відтінків певних понять, що також має на меті знизити рівень узагальнень та підвищити узгодженість результатів різних дослідників.

Далі переходимо до короткої характеристики процедури нашого дослідження та отриманого матеріалу. Основний матеріал нашого дослідження склали аудіозаписи напівструктурованих RAP-інтерв'ю, присвячених стосункам пацієнтів з важливими для них особами. Пацієнтам було призначено стаціонарну психодинамічну психотерапію (10 сеансів); перше інтерв'ю було заплановане перед початком курсу психотерапії, а друге – після його закінчення. Кожне інтерв'ю складалося з 10 епізодів стосунків, які містили згадані вище компоненти W, RO та RS. Набір пацієнтів у дослідження проводився доти,

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО
ЛНМУ ім.Данила Галицького

доки не було набрано групи з 30 пацієнтів, які завершили курс психотерапевтичного лікування та взяли участь у двох RAP-інтерв'ю. Поряд з основною групою 1 (N=30), до якої увійшли пацієнти, що завершили курс психотерапії, у дослідженні з'явилася також група 2 (N=21), яка складалася з пацієнтів, які пройшли вихідне інтерв'ю, розпочали курс психотерапії, однак з різних причин не завершили його.

Підготування отриманого нами матеріалу дослідження до застосування методики ЦТКС складалося з наступних етапів:

1) Прослуховування аудіозаписів напівструктурованих RAP-інтерв'ю та складання дослівних протоколів інтерв'ю;

2) Прочитання протоколів та визначення у них повних епізодів стосунків між пацієнтом та іншою важливою особою, нумерація епізодів;

3) Прочитання епізодів стосунків та пошук у них основних компонентів – бажань, реакцій інших осіб та власних реакцій;

4) Підготування трьох стандартних форм для внесення даних, отриманих з інтерв'ю. На кожній з форм вказано порядковий номер пацієнта, прізвище дослідника, номер інтерв'ю, кількість епізодів стосунків у даному інтерв'ю, а також іншу особу, з якою у пацієнта відбувся даний епізод стосунків;

5) Означення компонентів епізодів стосунків за допомогою індивідуальних категорій (власних слів пацієнта або власних формулювань дослідника);

6) Перенесення усіх компонентів стосунків, сформульованих у вигляді індивідуальних категорій, з протоколу інтерв'ю на спеціальну форму 1 з указуванням номеру епізоду стосунків та іншої особи – учасника стосунків;

7) Перенесення усіх компонентів стосунків (окремо компоненти W, RO та RS, причому кожна з груп реакцій поділяється на дві підгрупи – негативні та позитивні реакції: NRO, PRO, NRS та PRS) на форму 2. Компоненти стосунків надалі подані у вигляді індивідуальних категорій; після кожного з компонентів указуються номери епізодів стосунків, у яких він зустрічається;

8) Для усіх компонентів з форми 2 у системі категорій ЦТКС-ЛУ підбирають по 2 стандартні категорії – категорію першого вибору (найбільш відповідну) та категорію другого вибору (яка також підходить за змістом, але менше за першу);

9) Обидві стандартні категорії переносяться на форму 3, на якій послідовно вказуються категорії, підібрані для усіх компонентів бажань з усіх епізодів стосунків даного інтерв'ю, а також усіх компонентів негативних та позитивних RO та негативних та

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

позитивних RS. Після кожних двох стандартних категорій першого і другого вибору вказують номери та кількість епізодів стосунків, у яких вони зустрічаються.

10) Дані з форми 3 вносяться у комп'ютерну базу даних, яка складається з наступних граф: порядковий номер пацієнта; номер групи дослідження (1 або 2); стать пацієнта (1 – чоловіча, 2 – жіноча); компонент стосунків (WS, WO, NRO, PRO, NRS, PRS); хто був іншою особою у даному епізоді; шифр категорії ЦТКС-ЛУ найнижчого регістру (від A11 до M34) першого вибору та її формулювання; шифр категорії ЦТКС-ЛУ найнижчого регістру (від A11 до M34) другого вибору та її формулювання; номери епізодів стосунків, у яких виявлені вказані компоненти стосунків.

Табл. 1.1. Оцінки ЦТКС-ЛУ у текстовому тілі дослідження

	t1	t2	Всього
WO	528	208	736
WS	772	534	1306
RO	2868	1492	4360
RS	2838	1490	4328
Всього	7006	3724	10730

У табл. 1.2 наведено середні показники оцінок ЦТКС-ЛУ в межах одного інтерв'ю.

Табл. 1.2. Оцінки ЦТКС-ЛУ в одному інтерв'ю у текстовому тілі дослідження

	t1	t2	Всього
WO	10.4	7.2	9.2
WS	15.1	18.4	16.3
RO	56.2	50.4	54.5
RS	55.6	51.4	54.1
Всього	137.4	128.4	134.1

Весь аналіз даних проводився окремо для чотирьох вимірів WO, WS, RO, RS.

У сучасному зміненому варіанті системи категорій ЦТКС-ЛУ на усіх рівнях маємо 171 категорію (у виданні 2002 р. – 162 категорії). Суперкластери D та M є одиночними, ідентичними кластерам D та M. Отже, маємо 169 відмінних одна від одної категорій. Серед них, "гармонійні" та "дисгармонійні" є комплементарними. Загальна кількість виявлених категорій дорівнює 173 у межах кожного компоненту.

Первинна матриця даних містить 10,730 випадків з індивідуальними оцінками ЦТКС-ЛУ.

З метою статистичного аналізу, набір оцінок було об'єднано у список осіб.

Перший крок: для кожної особи (N=51), кожного визначення (категорій першого і другого вибору, N=2), кожного з компонентів (WS, WO, RO, RS, N=4) та кожної категорії (N=173) обчислюються абсолютні частоти появи категорій.

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

Другий крок: абсолютні частоти перераховуються у відносні, таким чином, щоб їхня сума для кожних особи, визначення, компоненту та рівня системи категорій дорівнювала 100.

Наприклад, сума величин шістьох суперкластерів ABC, D, EFG, HIJ, KL, та M для особи 1, визначення t1 та компоненту RS дорівнює 100%. Таким чином, величини для різних осіб та визначень стають статистично порівнюваними.

Приклад об'єднаних змінних показано у таблиці 1.3.

Табл. 1.3. Приклад структури об'єднаних даних.

Пацієнт	RS-ABC t1	RS-ABC t2
01	22.00	62.07
02	7.35	16.00
03	14.06	32.69
04	17.31	42.59
05	7.95	
06	44.29	
07	19.64	26.09
08	6.67	8.82
09	2.94	26.09
10	13.16	33.33
11	28.33	
12	6.90	45.31
13	23.08	35.48
14	21.43	20.00
15	34.00	31.58
16	15.00	
17	15.00	
18	29.17	
19	6.67	58.93
20	23.53	
21	13.64	26.19
22	9.68	17.24
23	22.73	
24	29.31	
25	26.67	
26	23.33	
27	15.79	25.00
28	19.70	
29	13.64	30.56
30	6.25	
31	15.15	9.09
32	22.00	20.31
33	13.04	
34	25.93	
35	7.81	15.63
36	16.67	
37	10.00	36.00

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

38	19.79	53.33
39	25.81	39.13
40	5.17	15.79
41	1.85	50.00
42	32.61	37.50
43	19.12	
44	35.42	
45	41.30	29.55
46	4.17	39.66
47	.00	
48	28.57	33.93
49	.00	
50	6.00	
51	.00	

У Таблиці 1.4 наведено групи об’єктів стосунків, які зустрічаються у базі даних нашого дослідження.

Табл. 1.4. Оцінки ЦТКС-ЛУ для конкретних груп об’єктів.

Об’єкт	Абсолютн.	Відносн.	Кумулятивн.
партнер (ч., ж.)	1829	34.1	34.1
мати	1338	24.9	59.0
батько	738	13.8	72.8
діти	337	6.3	79.1
свекруха	319	5.9	85.0
друг	235	4.4	89.4
сусід	110	2.1	91.4
начальник	109	2.0	93.5
колеги	89	1.7	95.1
брати/ сестри	63	1.2	96.3
пацієнт	43	.8	97.1
ігумен	23	.4	97.5
підлеглий	22	.4	97.9
церковні отці	19	.4	98.3
інші ченці	18	.3	98.6
свекор	16	.3	98.9
свекри	14	.3	99.2
священик	12	.2	99.4
лікар	9	.2	99.6
жінка	7	.1	99.7
бабуся	6	.1	99.8
невістка	6	.1	99.9
шофери	3	.1	100.0
Всього	5365	100.0	

Результати застосування методу ЦТКС-ЛУ:

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

Загальна кількість пацієнтів, включених у дослідження: 51 (30 пацієнтів у групі 1 та 21 – у групі 2). На етапі t1, до терапії, було опрацьовано 51 інтерв'ю; на етапі t2, після терапії – 30 інтерв'ю (з них для дослідження придатними виявилися 29). Отже, матеріал дослідження склали дослівні протоколи 80 інтерв'ю. Після аналізу на предмет компонентів стосунків з використанням системи категорій ЦТКС-ЛУ у 80 інтерв'ю було знайдено 5365 елементів стосунків (бажання та реакції). Для кожного з компонентів було визначено по два найбільш відповідних формулювання з каталогу 120 стандартних категорій (від А11 до М34).

Таблиця 2.5.1.

ОПИТУВАЛЬНИК З БАЗОВИХ СИМПТОМІВ (Symptom Checklist Scale – SCL-90)

Нижче Ви знайдете перелік проблем та скарг, які інколи мають люди. Будь-ласка,прочитайте кожне запитання уважно до кінця і визначте, наскільки сильно **за останні сім днів** Вас турбували або обтяжували ці скарги.

Будь-ласка, не обдумуйте спочатку, яка відповідь могла б справити "найкраще враження", а відповідайте так, як це Вами особисто переживається. Після кожного питання поставте, будь-ласка, хрестик у квадратику з найбільш вірогідною для Вас відповіддю.

Наскільки сильно протягом останніх семи днів Ви потерпали від..?

№		взагалі ні	трохи	достатньо	сильно	дуже сильно
1.	болю голови					
2.	нервозності, або внутрішнього тремтіння					
3.	повторних неприємних думок, слів або ідей, які не виходять Вам з голови					
4.	відчуття втрати свідомості або запаморочення					
5.	зменшення зацікавлення або задоволення від статевого життя					
6.	надто критичної налаштованості супроти інших					
7.	думки, що хтось має владу над Вашими думками					
8.	відчуття, що інші люди винні у більшості Ваших труднощів					
9.	труднощів у запам'ятовуванні					
10.	занепокоєння через неуважність або недбалість					
11.	відчуття, що Ви легко дратуєтесь					
12.	болю в серці або в грудях					

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

13.	страху відкритих місць або вулиці					
14.	втрати енергії або сповільнення у рухах або думках					
15.	думок про позбавлення себе життя					
16.	того, що чуєте голоси, яких ніхто інший не чує					
17.	Тремтіння					
18.	відчуття, що більшості людей не можна довіряти					
19.	поганого апетиту					
20.	Плаксивості					
21.	ніяковості і безпорадності при знайомстві та спілкуванні з протилежною статтю					
22.	страху бути захопленим зненацька або впійманим					
23.	раптового безпричинного переляку					
24.	вибуху почуттів, які Ви не можете контролювати					
25.	остраху, коли Ви одні виходите з дому					

продовж. табл. 2.5.1.

26.	самозвинувачення у певних речах і справах					
27.	болю у попереку					
28.	відчуття, що Вам важко змусити себе щось розпочати					
29.	відчуття самотності					
30.	пригніченого (похмурого) настрою					
31.	відчуття, що Ви змушені забагато хвилюватися					
32.	відчуття, що Вас ніщо не цікавить					
33.	Боязкості					
34.	емоційної вразливості					
35.	думки, що інші люди знають Ваші найпотаємніші думки					
36.	відчуття, що інші Вас не розуміють або є байдужими до Вас					

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

37.	відчуття, що люди є до Вас неприязними або що Ви їм не подобаєтесь					
38.	необхідності все робити дуже довго, щоб упевнитись, що все буде правильно					
39.	серцебиття або відчуття вискакування серця з грудей					
40.	нудоти або розладів шлунка					
41.	відчуття неповноцінності по відношенню до інших людей					
42.	болю в м□язах (відчуття викручування у м'язах або суглобах)					
43.	відчуття, що інші за Вами спостерігають або про Вас говорять					
44.	труднощів при засинанні					
45.	вимушеності повторно контролювати те, що Ви робите					
46.	труднощів у прийнятті рішень					
47.	страху їзди в автобусі, трамваї, метро або поїзді					
48.	труднощів при диханні					
49.	відчуття жару або тремтіння від холоду					
50.	необхідності уникати певних речей, місць або дій, бо вони викликають у Вас страх					
51.	відчуття порожнечі в голові					
52.	заніміння або відчуття повзання мурашок в окремих частинах тіла					
53.	відчуття клубка в горлі					
54.	відчуття безнадії перед майбутнім					
55.	важкості зосередитися					
56.	відчуття слабості в певних частинах тіла					
57.	відчуття напруженості або збудження					
58.	відчуття важкості в руках або в ногах					
59.	думок про смерть					
60.	потягу до переїдання					
61.	дискомфорту (незадоволення) від того, що люди на Вас дивляться або про Вас говорять					

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

62.	виникнення думок, які не є Вашими власними					
63.	непереборного бажання когось вдарити, образити або зробити комусь боляче					
64.	раннього пробудження					

продовж. табл. 2.5.1.

65.	настирливого повторення одних і тих самих дій, наприклад, торкання чогось, рахування, миття					
66.	неспокійного або порушеного сну					
67.	нестримного бажання до ламання або биття речей					
68.	таких думок або уявлень, які інші люди не поділяють					
69.	сильного збентеження при спілкуванні з іншими людьми					
70.	уникання великої кількості людей, наприклад, у місцях торгівлі або в кіно					
71.	відчуття, що все є обтяжливим для Вас					
72.	нападів страху або паніки					
73.	зніяковіння, коли Ви їсте або п□єте на людях					
74.	схильності постійно встрявати у дискусії або суперечки					
75.	нервозності, коли Ви маєте залишитися на самоті					
76.	недостатнього схвалення Ваших досягнень іншими					
77.	відчуття самотності, навіть коли Ви є в товаристві					
78.	такого сильного неспокою, що Ви не можете втриматися на одному місці					
79.	відчуття власної нікчемності					
80.	відчуття, що з Вами станеться щось погане					
81.	потреби голосно кричати або кидатися предметами					
82.	страху знепритомніти у громадському місці					
83.	відчуття, що люди можуть Вас використовувати, якщо Ви дасте для цього привід					
84.	сексуальних уявлень (фантазій), які для Вас є доволі неприємними					
85	думок, що Ви повинні бути покарані за Ваші					

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

.	гріхи					
86.	думок і уявлень, які викликають у Вас страх					
87.	думок, що щось серйозно негаразд із Вашим організмом					
88.	враження, що Ви не можете почувати себе насправді близькими до будь-кого з інших людей					
89.	почуття провини					
90.	думок, що щось негаразд із Вашим розумом					

У нашому дослідженні, з метою оцінки динаміки психічного стану пацієнтів під впливом лікування, пацієнти заповнювали опитувальник SCL-90 двічі – перед початком призначеного курсу короткофокусної психотерапії та після його завершення. Для пацієнтів, залучених у наше дослідження, робота з даним опитувальником не становила жодних труднощів; вступна інструкція була зрозумілою усім пацієнтам та не потребувала додаткових пояснень дослідника.

Для оцінки суб'єктивних змін у стані пацієнтів після проходження лікування було використано Опитувальник змін у переживаннях та поведінці (Veränderung das Erlebens und Verhaltens) VEV-test [86]. У ньому пацієнтам пропонують оцінити власні переживання та поведінку після завершення лікування у порівнянні з моментом поступлення у стаціонар стосовно 42 тверджень. Посилення кожної з описаних у твердженнях характеристик визначається як +1, +2 та +3 залежно від ступеня – слабкого, середнього та сильного; послаблення кожної з характеристик визначається аналогічно – як -1, -2 та -3. Відсутність змін визначається як нуль.

У Таблицях 2.5.2. та 2.5.3. подано український переклад опитувальника VEV-test, застосований у нашому дослідженні, та вступну інструкцію до нього.

Таблиця 2.5.2.

ОПИТУВАЛЬНИК ЗМІН У ПЕРЕЖИВАННЯХ ТА ПОВЕДІНЦІ

Інструкція

Уявіть собі період ___ тижнів тому. Це було _____(дата початку оцінюваного періоду). Поміркуйте, що Ви робили у той час, і як Ви себе при цьому почували. У процесі роботи оглядайтеся на проміжок часу від цього згаданого моменту до сьогодні.

Відповідаючи на наступні запитання, прослідкуйте, чи відбулися якісь зміни в одному чи в іншому напрямку. Вираженість цих змін передайте, обравши одне з наведених чисел. Наприклад:

	Зміна		
	В тому ж напрямку	ніяк	У протилежному

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

				ої	напрямку		
	+3 Сильна	+2 Середня	+1 Слабка	0	-1 Слабка	-2 Середня	-3 Сильна
Я став спокійнішим.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

Якщо впродовж цього часу Ви не відчули ніякої зміни (не стали ні більш, ні менш спокійними) – будь-ласка, закресліть 0.
Якщо Ви відчули сильну зміну в протилежному напрямку (стали значно менш спокійними) – будь-ласка, закресліть -3.
Якщо Ви відчули сильну зміну в тому ж напрямку (стали значно більш спокійними) – будь-ласка, закресліть +3.
Відповідайте на усі запитання спонтанно і не замислюючись!

Прізвище: Ім'я: Дата:

	Зміна						
	В тому ж напрямку			ніякої	У протилежному напрямку		
	+3 Сильна	+2 Середня	+1 Слабка	0	-1 Слабка	-2 Середня	-3 Сильн

продовж.табл. 2.5.2.

1.	Я почуваюся менш метушливим.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
2.	Багато речей мене вже так сильно не хвилюють.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
3.	Я тепер більше знаю, чого я хочу і що можу.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
4.	У мене зараз відчуття, ніби я у глухому куті, з якого не можу вийти.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
5.	Тепер життя не має для мене справжнього змісту.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
6.	Я собою задоволений і менше став думати про себе самого.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
7.	Я легше став дивитися на труднощі.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
8.	Внутрішньо я став спокійнішим.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
9.	У всіх речах я тепер бачу значення і життя.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
10.	У мене менше витримки, і я швидше здаюся.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
11.	Я став веселішим.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
12.	Я більше, ніж раніше, піддаюся	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

	коливанням настрою.							
13.	Я почуваюся більш незалежним від інших.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
14.	Я більше не страждаю від своєї невпевненості.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
15.	Я став спокійнішим у спілкуванні з іншими людьми.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
16.	Думаючи про майбутнє, я відчуваю менше занепокоєння.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
17.	Ця нестерпна невизначеність стала сильнішою.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
18.	Я спокійніше сприймаю несподівані події.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
19.	Я почуваюся більш ізольованим ніж раніше.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
20.	Я тепер часом взагалі не знаю, як бути далі.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
21.	Я ще не розумію чому, але вже деякий час мені краще.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
		Сума стор. 1						

Таблиця 2.5.3.

ОПИТУВАЛЬНИК ЗМІН У ПЕРЕЖИВАННЯХ ТА ПОВЕДІНЦІ (продовження)

		Зміна						
		В тому ж напрямку			ніякої	У протилежному напрямку		
		+3 Сильна	+2 Середня	+1 Слабка	0	-1 Слабка	-2 Середня	-3 Сильна
22.	Я тепер можу вільніше говорити.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
23.	У мене стало менше довіри до себе.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
24.	Певною мірою я знову бачу більше сенсу в моєму житті.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
25.	Я почуваюся вільніше.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
26.	Я гірше став контактувати з особами протилежної статі.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
27.	У мене з’явилося більше труднощів у спілкуванні з іншими.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
28.	Я частіше почуваюся пригніченим.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
29.	Я більше не можу впоратися зі своїми завданнями.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

30.	Я став менш напруженим.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
31.	Я почуваюся спокійнішим та більш врівноваженим.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
32.	У мене з'явилося чітке уявлення про себе і своє майбутнє.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
33.	Певною мірою, я задоволений і дивлюся на все оптимістичніше.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
34.	Я думаю, що тепер більше знаю, що для мене важливо.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
35.	Я тепер краще можу впоратися зі своїми проблемами.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
36.	У розмові з іншими я перестав почуватися таким невпевненим.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
37.	Я гірше даю собі раду з самим собою.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
38.	Я краще переношу незгоди повсякденного життя.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
39.	Я більше не боюся не впоратися зі справою, яка має мені вдатися.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
40.	Я більше не стаю таким невпевненим від самовпевненості інших.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
41.	Я більше не воюю сам з собою.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
42.	У мене все більше труднощів у спілкуванні з іншими людьми.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
		Сума стор. 2						

Будь-ласка, перевірте, чи Ви відповіли на всі запитання!

Опитувальник VEV-test заповнювали лише пацієнти з групи 1, які завершили курс з 10 сеансів психотерапії. На відміну від SCL-90, із його заповненням у пацієнтів виникали певні труднощі. Незважаючи на ознайомлення з інструкцією, пацієнти часто плутали в опитувальнику знаки «плюс» та «мінус» через те, що твердження з позитивними та негативними конотаціями в опитувальнику перемішані, а «+» та «-» вказують не на позитивну чи негативну динаміку, а на посилення чи послаблення характеристики, вираженої у твердженні. Саме тому з метою уникнення помилок усі пацієнти (за винятком одного – уродженця однієї з прибалтійських країн, котрий зміг достатньо легко опанувати опитувальник) заповнювали VEV-test під контролем дослідника.

Підготування отриманого нами матеріалу дослідження до застосування методики ЦТКС складалося з наступних етапів:

11) Прослуховування аудіозаписів напівструктурованих RAP-інтерв'ю та складання дослівних протоколів інтерв'ю;

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

12) Прочитання протоколів та визначення у них повних епізодів стосунків між пацієнтом та іншою важливою особою, нумерація епізодів. Межі епізодів стосунків та їхні номери позначали олівцем на полях;

13) Прочитання епізодів стосунків, пошук та виділення у них основних компонентів – бажань, реакцій інших осіб та власних реакцій. Компоненти W, RO та RS підкреслювали у протоколах олівцем та виносили відповідні позначки на поля;

14) Підготування трьох стандартних форм для внесення даних, отриманих з інтерв'ю. На кожній із форм вказували порядковий номер пацієнта, прізвище дослідника, номер інтерв'ю, кількість епізодів стосунків у даному інтерв'ю, а також іншу особу, з якою у пацієнта відбувся даний епізод стосунків;

15) Означення компонентів епізодів стосунків за допомогою індивідуальних категорій (власних слів пацієнта або власних формулювань дослідника);

16) Перенесення усіх компонентів стосунків, сформульованих у вигляді індивідуальних категорій, з протоколу інтерв'ю на спеціальну форму 1 із вказуванням номеру епізоду стосунків та іншої особи – учасника стосунків;

17) Перенесення усіх компонентів стосунків (окремо компонентів W, RO та RS, причому кожна із груп реакцій поділяється на дві підгрупи – негативні та позитивні реакції: NRO, PRO, NRS та PRS) на форму 2. Позитивність та негативність реакцій визначається дослідниками на основі того, чи в даному епізодів стосунків було задовільнене бажання пацієнта – якщо так – реакція вважається позитивною; якщо ні – негативною. Компоненти стосунків надалі подані у вигляді індивідуальних категорій; після кожного з компонентів указуються номери епізодів стосунків, у яких він зустрічається;

18) Для усіх компонентів з форми 2 у системі категорій ЦТКС-ЛУ підбирають по 2 стандартні категорії – категорію першого вибору (найбільш відповідну) та категорію другого вибору (яка також підходить за змістом, однак трохи менше за першу);

19) Обидві стандартні категорії переносяться на форму 3, на якій послідовно вказуються категорії, підібрані для усіх компонентів бажань з усіх епізодів стосунків даного інтерв'ю, а також усіх компонентів негативних та позитивних RO та негативних та позитивних RS. Після кожних двох стандартних категорій першого і другого вибору вказують номери та кількість епізодів стосунків, у яких вони зустрічаються.

20) Дані з форми 3 вносяться у комп'ютерну базу даних, яка складається з наступних граф: порядковий номер пацієнта; номер групи дослідження (1 або 2); стать пацієнта (1 – чоловіча, 2 – жіноча); компонент стосунків (WS, WO, NRO, PRO, NRS, PRS);

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

інша особа в даному епізоді; шифр категорії ЦТКС-ЛУ найнижчого регістру (від А11 до М34) першого вибору та її формулювання; шифр категорії ЦТКС-ЛУ найнижчого регістру (від А11 до М34) другого вибору та її формулювання; номери епізодів стосунків, у яких виявлені вказані компоненти стосунків.

Основні етапи роботи з виділення та сортування компонентів ЦТКС зображено нижче на прикладі уривків із роману Гарпер Лі «Вбити пересмішника» (навести приклад на основі оригінального матеріалу дослідження неможливо через його конфіденційність).

Епізод 1

– Так, мем, і вона пообіцяла, що я можу прийти до неї в гості. Атикусе, можна, я піду наступної неділі (WS), ну, будь-ласка!..

– І думати не смій! (RO)

Це сказала тітка Александра. Я різко крутнулася від несподіванки (RS), потім обернулася до Атикуса, помітила його гострий погляд, кинутий на тітку, але було вже запізно.

– Я не вас питала! – крикнула я (RS).

Епізод 2

– Але я хочу дружити з Волтером (WS), тітонько, чому ж мені не можна? […]

– Я скажу тобі чому. Тому – що – він – бидло, ось чому тобі не можна з ним дружити. Я не потерплю його поруч із тобою (RO), щоб ти підхоплювала його звички і вчилася казна-чому. Ти і так чималенька проблема для свого батька (RO).

Не знаю, що б я робила, якби мене не втримав Джемі. Він схопив мене за плечі, обняв і повів до своєї спальні, а я ридала від люті (RS) [216].

У таблицях 2.6.1, 2.6.2 та 2.6.3 наведено приклад заповнених форм 1, 2 та 3 після опрацювання двох наведених епізодів стосунків.

Таблиця 2.6.1.

Показники ЦТКС для кожного епізоду стосунків, індивідуальні категорії (форма 1).

Пацієнт: Скаут Номер інтерв'ю: (1 або 2) Дата: 1930 р.

Суддя: Лизак О.Л.

Кількість RE: 2

RE №	W(S)	RO	RS
1 тітка	Піти в гості, дружити	«І думати не смій»	Не сподівалася Розсердилася
2 тітка	дружити	Не потерпить його поруч з нею Вважає її проблемою	Ридала від люті

Таблиця 2.6.2.

Показники ЦТКС, індивідуальні категорії: підсумки по епізодах стосунків (форма 2).

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО
ЛНМУ ім.Данила Галицького

Пацієнт: Скаут Номер інтерв'ю: (1 або 2) Дата: 1930 р.
Суддя: Лизак О.Л.
Кількість RE: 2

W (S) (RE №)	RO (RE №)	RS (RE №)
Дружити (1, 2)	Забороняє (1, 2) Вважає її проблемою (2)	Не сподівалася (1) Розсердилася, лють (1, 2)

Таблиця 2.6.3.

Підсумки ЦТКС: стандартні категорії ЦТКС –ЛУ (форма 3).

Пацієнт: Скаут Номер інтерв'ю: (1 або 2) Дата: 1930 р.
Суддя: Лизак О.Л.
Кількість RE: 2

Номер категорії ЦТКС-ЛУ		RE №	Частота у REs (лише для 1 вибору)
1 вибір	**2 вибір**		
Бажання (WS):			
C13 мати друзів	C11 приймати	1, 2	2
Негативні RO:			
L13 забороняти	K22 підпорядковувати	1, 2	2
J12 дорікати	J22 критикувати	2	1
Позитивні RO:			
---	---	---	---
Негативні RS:			
F24 бути шокованим	F22 розгублюватися	1	1
H16 бути розлюченим	H21 бути обуреним	1, 2	2
Позитивні RS:			
---	---	---	---

У Таблиці 2.6.4. подано зразок матриці даних, створеної у Microsoft Excel та підготованої до статистичної обробки.

Таблиця 2.6.4.

Первинна матриця даних, отриманих з інтерв'ю.

Пацієнт	**Група**	**Стать**	**Інтерв'ю**	**Компонент**	**Інша особа**	**Шифр**	**Перший вибір**	**Шифр**	**Другий вибір**	**Епізоди**
Скаут	1	2	1	WS	тітка	C13	мати друзів	C11	приймати	1
						C13	мати друзів	C11	приймати	2
				NRO	тітка	L13	забороняти	K22	підпорядковувати	1

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

						L13	забороняти	K22	підпорядковувати	2
				NRO	тітка	J12	дорікати	J22	критикувати	2
				PRO	тітка	-	-	-	-	
				NRS	тітка	F24	бути шокованим	F22	розгублюватися	1
						H16	бути розлюченим	H21	бути обуреним	1
				PRS	тітка	-	-	-	-	

Статистичне опрацювання матеріалу дослідження.

Первинні дані, отримані під час роботи, опрацьовувалися з використанням програм Microsoft Excel та SPSS 23.0. Серед загальної кількості отриманих з епізодів стосунків стандартних категорій були обчислені абсолютні та відносні частоти стандартних категорій та їхні стандартні відхилення; для усіх відносних частот та їхніх стандартних відхилень було обчислено величину ефекту d Когена, а також проведено непараметральний парний t-тест Вілкоксона для окремих змінних величин. При проведенні кореляційного аналізу змін у патернах стосунків та результатів опитувальників було обчислено мультиваріантний коефіцієнт співвідношення та непараметральний кореляційний коефіцієнт Спірмена для окремих змінних величин. Усі описані зміни та кореляційна залежність вважалися достовірними при $p \leq 0,05$.

Висновки до розділу 2.

Дослідження проводилося за натуралістичним дизайном у клінічних умовах. Під час його виконання було виявлено наступні основні особливості та складнощі:

- З відібраних 68 пацієнтів 17 не вдалося включити у дослідження через відмову, виявлену у процесі дослідження невідповідність його критеріям, нездатність пацієнтів виконати поставлене у дослідженні завдання та організаційні прорахунки у плануванні лікування, через які пацієнти не змогли розпочати психотерапію;
- Пацієнти виявляли настороженість та часто відмовлялися від участі у дослідженні через необхідність аудіозапису;
- Через передчасне переривання частиною (41,2%) пацієнтів курсу психотерапії пацієнти у дослідженні розподілилися на дві групи – групу 1, у якій пацієнти завершили психотерапію, та групу 2, у якій пацієнти з різних

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

причин не довели до кінця запланованого курсу психотерапії. Ця обставина подовжила тривалість набору пацієнтів у дослідження, однак вона також збільшила об'єм матеріалу дослідження, що сприяло вищій статистичній достовірності його результатів;

- Пацієнти відчували певні труднощі під час заповнення опитувальника VEV-test через необхідність визначати посилення чи послаблення певних ознак зі знаками «+» та «-», які пацієнти часто плутали з позитивними та негативними конотаціями тверджень опитувальника.

Для дослідження було виконано український переклад ієрархічної системи категорій ЦТКС-ЛУ з німецької та англійської мов із подальшим порівняльним співставленням смислових значень усіх категорій ЦТКС у англійській (взята за основу), німецькій, російській та чеській версіях, та апробовано на п'ятнадцяти інтерв'ю.

Через коротку тривалість психотерапії, невелику кількість епізодів стосунків та необхідність окремої статистичної оцінки стосунків із кожною з важливих осіб, пацієнтам пропонувалося розповідати про стосунки лише з однією важливою особою зі свого найближчого оточення.

Незважаючи на те, що в процесі дослідження пацієнти розподілилися на дві групи, одна з яких завершила курс психотерапії, а інша – ні, істотних відмінностей між групами за соціо-демографічними показниками виявлено не було. Єдиною істотною відмінністю був рівень освіти, дещо вищий у групі 1.

Під час описаного етапу досліджень, незважаючи на згадані труднощі, вдалося виконати усі поставлені у дослідженні завдання. Було отримано достатню кількість необхідного для дослідження клінічного матеріалу, опрацьовано його та підготовано до статистичного опрацювання.

Висновки

1. Україномовна версія системи категорій ЦТКС-ЛУ може бути застосована для оцінки матеріалу клінічних інтерв'ю, що містять епізоди стосунків.
2. Бази даних понад 10 000 оцінок повністю достатньо для надійного аналізу даних. Це особливо справджується для реакцій інших осіб та власних реакцій (RO та RS).
3. Бажання (WO та WS) зустрічаються порівняно рідше, що обмежує можливість докладнішого аналізу. Це збігається з досвідом інших досліджень ЦТКС-ЛУ.

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

4. Метод ЦТКС залишається найбільш застосовуваним методом контент-аналізу та вивчення міжособистісних стосунків у психотерапевтичних дослідженнях.
5. Зростає застосування методу ЦТКС у східноєвропейських країнах, а також у роботах молодих дослідників з різних країн.
6. Роботу над системами категорій ЦТКС можна вважати завершеною; на сьогодні найбільш застосовуваними системами категорій є класична система категорій ЦТКС та система категорій ЦТКС-ЛУ, з вираженим розширенням застосування останньої.
7. Метод ЦТКС усе частіше використовується для вивчення терапевтичного процесу, зокрема, процесів перенесення та контрперенесення з формуванням терапевтичного альянсу.
8. Актуальним залишається дослідження взаємозв'язку між змінами патернів міжособистісних стосунків та ефективністю психотерапії.
9. Більшість досліджень проводяться з участю амбулаторних пацієнтів або пацієнтів, які уже завершили стаціонарне лікування. Однак, зміни схем конфліктних стосунків у популяції пацієнтів психотерапевтичного стаціонару також потребують дослідження.

2.2. Депресивний розлад

2.2.1. «Контамінаційно-інфекційна» ідея психічного захворювання як варіант психологічного опрацювання депресивного страждання.

Описана клінічна ілюстрація показує, що враховуючи наявність масивної заборони «ділитися» своїми переживаннями та турботами, наслідком такого відношення до хвороби є те, що хворий уникав будь-яких спонтанних розмов про свій стан, в рамках стаціонарної психотерапевтичної допомоги є більш замкнутими у проявах емоцій та переживань, потребує більше часу для подолання «внутрішнього опору» до активного лікування та налагодження робочого психотерапевтичного та психофармакологічного комплаєнсу. Така позиція у даного пацієнта виявилася доволі типовою і свідчить про специфічний конгнітивно-поведінковий стиль депресивних пацієнтів.

Нижче наводимо типовий ілюстративний клінічний випадок описаної форми переживання депресії.

Пацієнт Л., 1975 р.н. Перебував в стаціонарі з 27.12.2010 р. по 04.02.2011 р. (39 днів).

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО
ЛНМУ ім.Данила Галицького

На лікування в КЗ ЛОР ЛОКПНД поступив вперше за скеруванням в.о. начмеда у зв'язку зі скаргами на шум у голові протягом останнього місяця, некерованість думок песимістичного змісту (про стан свого здоров'я, про сенс свого життя), надмірну стурбованість здоров'ям, біль та важкість у шлунку після їжі, надмірне серцебиття, ранні прокидання, гірше самопочуття зранку, після обіду стан вирівнюється, похудання на декілька кілограм протягом останнього року.

Анамнез: спадковість н/п захворюваннями не обтяжена. Народився третьою дитиною з трьох – має двох старшин на 5 та на 7 років братів. Батьки: мама вчителька початкових класів, батько шофер, останні 4-ри роки дякує в церкві. Ранній розвиток без особливостей. Стосунки в сім'ї позитивні. З перенесених захворювань – в ранньому дошкільному віці – хронічний бронхіт з астматичним компонентом; протягом останніх років - рефлюкс езофагіт I ст., грижа стравохідного отвору діафрагми, ковзка. Гастрит асоційований з Helicobacter Pylory; ЧМТ без втрати свідомості в 2008 р., тоді з струсом головного мозку середньої важкості лікувався в неврологічному відділенні. Важкі інфекційні захворювання, венеричні захворювання, туберкульоз заперечує. До школи пішов вчасно. Вчився на добре. Від однолітків не вирізнявся. Цікався езотеричною літературою, психологією. Закінчивши школу здобув (1993-1999 рр.) вищу освіту в Львівському лісотехнічному університеті на факультетах механіка, економіка. Вчився посередньо, не мав бажання. В армії не служив, оскільки навчався на військовій кафедрі в університеті, має звання лейтенанта запасу. По спеціальності не працював. Протягом декількох років зустрічався з дівчиною, з якою в подальшому три роки тому розійшовся по своїй ініціативі, оскільки, з його слів злякався відповідальності та сімейного життя. Останні два роки є послушником в Унівській Лаврі, відпрацьовує шофером в цій Лаврі. Відмічає зміну в своєму стані протягом останніх 10-ти років, відколи мав коливання настрою, періодичну нудоту, шум в голові, загальну слабкість з дратівливістю, надмірне зацікавлення своїм здоров'ям. Спорадично консультувався лікарями, проте систематичного лікування не отримував. Протягом останнього місяця спостерігається чергове погіршення самопочуття – з'явилися шум у голові протягом останнього місяця, некерованість думок песимістичного змісту (про стан свого здоров'я, про сенс свого життя), надмірну стурбованість здоров'ям, біль та важкість у шлунку після їжі, надмірне серцебиття, ранні прокидання, гірше самопочуття зранку, після обіду стан вирівнюється, похудання на декілька кілограм протягом останнього року. По рекомендації єпископа Лаври звернувся на консультацію до в.о. начмеда КЗ ЛОР ЛОКПНД, за його скеруванням госпіталізований в 2-ий стаціонар з метою лікуваня.

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

Соматичний стан: Т-N Задовільного відживлення. Шкіра та видимі слизові чисті. Т-N Тони серця ритмічні, ясні. ЧСС = 68 в 1 хв., АТ = 110/70 мм.рт.ст. Над легенями – ясний легеневий звук, дихання везикулярне. Живіт м'який, не болючий. Печінка +1,5 см нижче реберної дуги. Симптом Пастернацького від'ємний з обох боків. Селезінка не пальпується. Набряки відсутні.

Неврологічний стан: ознак явної вогнищевої патології не виявлено. Менінгеальні симптоми від'ємні.

Загальний аналіз крові та сечі в межах норми. РВ крові «-»

Психічний стан: на час огляду – в свідомості. Орієнтований вірно. На запитання відповідає після пауз, по-суті. В розмові висловлює вище перераховані скарги. Надміру фіксований на тілесних та психологічних відчуттях та переживаннях: «…вважав, що цілий світ є у моїх ніг, чекав, що все зміниться, а нічого не міняється, нікому я не потрібний». Зі всіх скарг найбільш вагомою виділяє періодичні коливання настрою, астенію «…я вже втомився від цього, я такий хворий і замучений…», шум у голові при хвилюванні. Мислення послідовне, сповільнене. Пам'ять та інтелект відповідно освіті та віку. Афективно лабільний, періодично в розмові на очах бринять сльози, настрій знижений. Розладів сприйняття та активної маячної психопродуктивної симптоматики на час огляду не виявляє. Критика до свого стану в часі госпіталізації достатня, розуміє, що потребує призначення медикаментів та психотерапію. Проти обстеження та лікування в умовах 2-го відділення не заперечує, згідно Закону України «Про психіатричну допомогу» надав інформовану письмову згоду. Педикульозу, скабієзу та теніоїдозу на час первинного огляду не виявлено.

Лікування: флюанксол, ципралекс, психотерапія (індивідуальна аналітична по 30 хв. тричі на тиждень; групова по 1 год. двічі на тиждень), водні процедури (душ Шарко, циркулярний душ).

Перші два дні пацієнт «адаптовувався» у відділенні – контактів з оточенням не заводив, до медперсоналу звертався за крайньої потреби. На третій день перебування пацієнт заявив, щоб його перевели в іншу палату, мотивуючи це тим, що «…в моїй палаті важкі хворі, не можу на них дивитися, відчуваю, що стан погіршується, ніби так, що вони (сусіди по палаті) спричиняють перехід до важчого стану, такого як у них…». В психотерапії був фіксований на цих переживаннях, постійно перепитував, чи спілкування з важчими хворими не спричинить ще більшого «загострення». Водночас, відмовлявся заглиблюватися у вирішення своїх актуальних проблем, скупо ділився своїми переживаннями, був у «захисній», закритій позиції по відношенню до інших учасників

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

психотерапевтичного процесу. Лишень близько з 20 групової сесії та індивідуальної терапії (яка, враховуючи стан пацієнта, була спрямована на посилення критично-рефлесуючої позиції), пацієнт поступово «розпружився», сформувався адекватний терапевтичний альянс.

Внаслідок проведеного лікування на час виписки: настрій рівний, зменшилися прояви дратівливої астенії, «мінорного» настрою, з'явилася позитивна перспектива майбутнього – планує шукати роботу. У задовільному стані виписується з відділення.

Рекомендовано: динамічне спостереження у рай психіатра по місцю проживання, приймати флюанксол 1 мг зранку, ципралекс 10 мг на ніч, довготривала психотерапевтична корекція

III КАТАМНЕСТИЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ПАЦІЄНТАМИ: ПОРІВНЯННЯ ТА ОБГОВОРЕННЯ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

3.1 Коморбідність емоційно-поведінкових дефіцитів у підлітків з базовою емоційною компетентністю батьків.

При звертанні сімей за допомогою підліткам з широким спектром емоційно-поведінкових симптомів коморбідності є радше правилом, ніж винятком. Прийнята в англо- американській психіатрії концепція «депресивного спектру» також має на увазі різноманітну ступінь коморбідності тривожних, фобічних, соматоформних, обсесивно-компульсивних, панічних та дисморфофобічних росзладів щодо депресивного синдрому [5]. Коморбідними до підліткового «депресивного спектру» нерідко також є поведінкові, деперсоналізаційні, сенесто-іпохондричні розлади, які є, згідно думки, D. M. Fergusson, L. J. Woodward [7], елементами єдиного афективного спектру. Зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами і формування широкого кола нехімічних залежностей також частіше за все поєднується з підлітковим депресивним синдромом.

Разом з тим, особливе місце у сучасних наукових дослідженнях посідає вивчення впливу міжособистісних чинників (сім'ї, соціального оточення) на адаптаційну поведінку людини та її здатність до подолання стресових впливів. В сучасній ситуації, коли в країні існує суцільний хаос, діти та підлітки орієнтуються. в першу чергу, на поведінку значимих дорослих. Якщо батьки повністю знаходяться під владою своєї безпорадності, то дітей також переповнює це почуття. Якщо ж батьки чи вчителі, виявляючи свою стурбованість за ситуацію, не піддаються відчуттям ранимості та безсилля, а натомість обговорюють емоції максимально відкрито, виказують турботу про страхи дітей, вислуховують та заспокоюють їх, тоді діти під захистом своїх піклувальників можуть почувати себе в

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО
ЛНМУ ім.Данила Галицького

безпеці. Дослідження інтерперсональних стосунків демонструють, що соціальне оточення є тим ресурсом, завдяки якому ефекти стресових впливів різноманітним чином пом'якшуються та блокуються [2]. Сімейні комунікації є вагомим психологічним ресурсом особистості. Дослідження чітко виявляють значимість взаємодії з батьками для юних. В підлітковому віці батьки та інші близькі дорослі створюють своєрідний фундамент, так званий, «психологічний тил», необхідний для впевненого входження в інтригуючий світ однолітків, який одночасно викликає як інтерес так і тривогу, світ, котрий пізнається і «апробується». Отже батьки стають об'єктом інтересу, психологічного аналізу, співвіднесення з собою (Пахальян, 1981).

На кафедрі нами проводиться детальний дизайн пілотного дослідження сімей з «кризовими» підлітками, яке здійснюється з використанням батареї психологічних тестів, зокрема, інструментів PHQ-2, PHQ-9, PHQ-12 [4] та методик визначення емоційного інтелекту Д. Гоулмена [1] і «Сімейні емоційні комунікації» [6]. Ми з'ясовували кореляцію між рівнем емоційної компетентності батьків і їхнім потенціалом внутрішньої сімейної комунікації та ступенем вираження і спектром емоційно-поведінкових дефіцитів у підлітків.

При досліджені 4000 підлітків виявлено, що найвагоміша серед їхніх життєних цінностей (за методикою Рокича) цінність щасливого сімейного життя. Встановлено, що рівень тривоги та стресу підлітка пов'язаний з характеристиками батьківських стосунків, а саме: відсутністю позитивної цікавості зі сторони матері; ворожістю та непослідовністю проявів батька (Кривцова, 1997). Доведено, що відсутність впевненості в позитивості материнських відчуттів та тривожне очікування непередбачуваних реакцій батька невротизує підлітків, робить їх високо тривожними особистостями, що не може не відобразитися на рівні їх соціальної адаптації та шкільної успішності [3].

Звертаючись до літератури ми бачимо, що раніше батьки, переважно не здатні до особистісно-орієнтованого виховання, реалізовували авторитарні, домінантні прояви. Сьогодні частіше стали зустрічатися стосунки невтручання, котрі, можливо, сприймаються батьками як більш гуманні і ті, що відповідають «віянням часу». Таким чином, прагнучи до незалежності, що виявляється в першу чергу у зовнішніх формах поведінки, сучасний підліток зберігає на глибинному рівні необхідність психологічної підтримки зі сторони батьків, а її відсутність стає стресогенним чинником.

На теперішньому етапі нашого дослідження було виявлено виразну алекситимію та алексифілію у батьків підлітків з кризових родин. Останнє не могло не відобразитися на комунікаційній та стосунковій сімейній динаміці. Відповідно, батьки, які не розуміють

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

своїх емоцій та не готові ділитися ними з іншими, не здатні навчити своїх дітей розрізняти свої емоції та не можуть адекватно реагувати на зміни в їхніх емоційно-поведінкових проявах. З настанням підліткового періоду цей пролапс емоційно-стосункової компетенції призводить до того, що батьки не дають раду поведінковим та емоційним сплескам дітей та змушені звертатися до дитячого психіатра та психотерапевта вже з діагностично-лікувальною метою, а не психоедукаційною та превентивною.

Наші дослідження акцентують на роль батьківської емоційної та комунікативної компетенції в збереженні психічного здоров'я підлітків. Розгортання превентивних програм, що стосуються психоедукації батьків та підвищення їх психологічної компетентності у вказаному контексті – не тільки засіб допомоги самим батькам, а й важлива умова фахового супроводу кризових родин та підлітків, з особливо вираженими віковими труднощами.

3.2 Характеристика екзистенційного наповнення у пацієнтів з коморбідними тривожно-астенічними розладами

Поняття «Екзистенційне наповнення*» належить до категорії понять однієї з поширених видів сучасної психотерапії – логотерапії та екзистенційного аналізу (В.Франкл, А.Ленгле) [1]. Цим поняттям описується цілісне (інтегральне) переживання відрізку життя на момент спостереження (А.Ленгле, 2001). Важливо також зазначити, що це поняття дискутується у філософії ще з античних часів. Так Арістотель називав його осягненням щастя через гідність. Надалі близьким до нього був впроваджений термін евдемонічого щастя, яке, крім усього, є невіддільним від особистісних переконань та установок [2,3].

Всі вказані поняття у 20 ст. були включені в систему базових категорій екзистенційного аналізу, який займається передумовами і можливостями людського буття в його цілісності, тобто екзистенцією**. Зокрема, А.Ленгле визначає екзистенцію як: «…наповнене сенсом, втілюване вільно і з відповідальністю життя у створюваному самою людиною світі, з яким вона знаходиться в стосунках взаємовпливу/взаємодії і протистояння». Для практичного розуміння з позицій психіатрії і психотерапії принциповим є розуміння людини не лише, як тіла та психіки, але як і персонального духу. Саме до третього компоненту цілісної картини людини має стосунок поняття персональності, яке інтегрує практичний досвід в екзистенційному аналізі та логотерапії. Вона описує людину у її аутентичному, тобто щирому та узгодженому з внутрішнім світом відношенні до себе та інших [4].

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО
ЛНМУ ім.Данила Галицького

Екзистенційне наповнення, - так, як воно суб'єктивно відчувається досліджуваними, - вимірює шкала екзистенції (Existenzskala). Це практично застосовуваний тест в логотерапії та екзистенційного аналізу, логічно виведений з теорії. Над опитувальником в 1988-1989 рр. працювала К.Орглер. Нею були отримані перші дані по стандартизації на вибірці, яка налічувала більше тисячі досліджуваних. Тест розроблений для наукових досліджень, а також для супроводу терапевтичного процесу. За його допомогою можна встановити вихідний стан пацієнта, параметри порушень та оцінку перебігу терапії. Принциповим моментом є те, що шкала екзистенції добре розмежовує здоров'я і хворобу, оскільки на них в значній мірі впливають персональні та екзистенційні характеристики (Langle, Orgler, Kundi, 2003) [2]. Наприклад, емоційні порушення пацієнтів важко зрозуміти в їх повноті без смислової привації, відсутності цінностей, неможливістю зважитись на щось, відчуттям себе «поза життям», відчуття власної безпорадності тощо [9] .

З теоретичної точки зору блокування екзистенційної здатності може призводити до розвитку психічних порушень, однак з іншого боку, психічні порушення не перешкоджають розвитку цих антропологічних характеристик в терапевтичному процесі [3] .

Нами обстежено 10 пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні упродовж 2014-2015 років і дали інформовану згоду на участь у дослідженні. Процедура включала розгорнуте клініко-психологічне інтерв'ю тривалістю до 1,5 год з використанням шкали екзистенції А.Ленгле, К.Орглер. Діагностика пацієнтів визначалась за допомогою шкал особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера-Ю.В.Ханіна, шкали астенії [10] .

Оскільки шкала екзистенції А.Ленгле, К.Орглер використана в Україні вперше, в клінічній роботі наводимо коротко її описову характеристику[2] :

- Самодистанціювання (Selbst-Distanzierung; SD) - здатність створення внутрішнього вільного простору; здатність відійти на дистанцію щодо самого себе та сприймати ситуацію з її данностями. Вимірювання знаходиться між полюсами: відсутність вільного внутрішнього простору (сліпе відреаговування на стимули) – створення внутрішньої дистанції щодо себе.

- Самотрансценденція (Selbst-Transzendenz; ST) – здатність відчувати цінності (ясність в почуттях), емоційність, яка проявляється в можливості відчувати близькість до чогось/когось, співчувати, орієнтуватись в діях на смисли, а не на

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО
ЛНМУ ім.Данила Галицького

ціль, відчувати цінності, сприймати емоційну значущість того, що відбувається. Таким чином, показник описує здатність людини доторкатись до ціннісних основ світу і сприймати внутрішню власну заторкнутість. Завдяки цьому встановлюється внутрішнє відношення до пережитого. Вимірювання знаходиться між полюсами: емоційна сплощеність – здатність відчувати цінності, бути заторкнутим емоційно.

- Свобода (Freiheit; F) - здатність наважитись, віднайти реальні можливості дії, створити ієрархію згідно з їх цінністю і таким чином прийти до персонально обґрунтованого рішення. Вимірювання знаходиться між полюсами: нездатність прийняти рішення – впевненість у рішенні.

- Відповідальність (Verantwortung, V) – здатність втілювати рішення, прийняті на основі власних цінностей. Прожита відповідальність є основою для формування стабільної самооцінки. Вимірювання розташовується між полюсами: безвідповідальність – персональна включеність.

- Персональність (P) – описує ступінь розкриття персонального буття, когнітивну та емоційну доступність для себе та світу. Показник формується з суми показників самодистанціювання та самотрансценденції: P=SD + ST. Вимірювання розташовується між полюсами: закритість (недоступність персонального буття) – відкритість.

- Екзистенційність (E) - вимірює здатність орієнтуватись у світі, приходити до рішення і відповідально його втілювати, здатність включення в життя. В той час, як показник P відображає здатність обходитись з собою, показник E свідчить про здатність конструктивно обходитись з зовнішнім світом, готовність брати участь і бути послідовним у діях. Показник формується з суми показників свободи та відповідальності: E=F+ V. Вимірювання знаходиться між полюсами: нерішучість, пасивне проживання – рішучість.

- Загальний показник (G-Wert, G) – вимірює здатність обходитись з собою і світом і прийти до сформованого зі смислом життя, проживання якого може бути аутентично обґрунтованим. Такий спосіб життя орієнтується на чуттєвість щодо власних потреб і задач, а також щодо вимог ситуації, які узгоджуються між собою. Таким чином, у людини з розвинутими персональністю та екзистенційністю є передумови для того, щоб знаходитись в діалогічному обміні зі світом і тим самим

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

прийти до здійснювання своєї сутнісної структури («екзистенційного наповнення»). G-показник утворюється з суми показників персональності та екзистенційності: G=P+E. Вимірювання знаходиться між полюсами: життя, що суб'єктивно відчувається як не наповнене – наповнена екзистенція.

Статистичне опрацювання отриманих результатів проводилось із застосуванням дескриптивного аналізу (M±SD) за допомогою програмного пакету Statistika 8.

За шкалами тривожності та астенії всіх пацієнтів було виявлено високий рівень особистісної тривожності (в середньому 60,5±8,6) та помірно виражена астенія (92,3±8,7). Обстеження всіх пацієнтів за допомогою шкали екзистенції виявило такі результати (таблиця 1).

Таблиця 1.

Показники екзистенційного здійснення пацієнтів з тривожно-астенічними розладами.

Досліджувані параметри (субшкали)	M±SD	Норма
Самодистанціювання (SD)	23± 6,9	26-48
Самотрансценденція (ST)	44,8 ± 10,9	58-84
Свобода (F)	28,5 ± 10,2	37-66
Відповідальність (V)	36,3 ± 10,6	41-78
Персональність (P)	68,4 ± 16,2	86-132
Екзистенційність (E)	64,8 ± 19,6	81-144
Загальний показник екзистенційної здійснюванності (G-Wert)	133,7 ± 34,3	169-275

Представлена клінічна група має низькі порівняно з нормативними значення за всіма характеристиками екзистенційного наповнення. Як відмічають автори шкали екзистенції при низькому (<169,0) рівні загального показника під впливом стресів існує ризик виникнення психічних розладів.

Загальний показник екзистенційного наповнення (G-Wert) - 133,7 ± 34,3. Вважається, що значення, нижчі за 169,0 вказують на персональну закритість або фіксацію на собі, нездатність до діалогу, нерішучість та відсутність включення в життя.

Низький рівень показника самодистанціювання (SD), нижчий за 26 (у нашому дослідженні - 23± 6,9), свідчить про труднощі встановлення дистанції щодо власних почуттів і бажань, що призводить до фіксації тривожних установок, образу себе і

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО
ЛНМУ ім.Данила Галицького

відношення до світу. Низькі показники самодистанціювання можуть спостерігатись і при відсутності здатності виходити з потоку активності для встановлення рефлексивної дистанції, тоді людина надто швидко реагує на подразники і залежить від них.

Показник самотрансценденції (ST), нижчий за 58 (44,8 ± 10,9 у досліджуваній групі), вказує на недостатність емоційності, яка робить людину невпевненою, «незрячою» в сприйнятті власних цінностей (людина не задається питаннями і не диференціює, що для неї важливо, і чого вона хоче), а її життя – суто функціональним.

Тривожно-астенічні пацієнти мають низькі показники (< 37) за шкалою свободи (F) - 28,5 ± 10,2 і відповідальності (< 41) - 36,3 ± 10,6. Нездатність бачити можливості у світі, позиціонуватись відносно них, невпевненість у власних рішеннях є перешкодою для здійснення свободи. Це може бути пов’язане зі страхом перед можливими наслідками (наприклад, через страх помилки тривожна людина не наважується ні на що).

Відповідальність в даному опитувальнику розглядається як ступінь втілення власних рішень у життя, тобто здатність доводити до кінця рішення, прийняті на основі особистісних цінностей. Частина пацієнтів не відчували персонального включення в життя, яке мало піддавалось плануванню і не пронизувалось власною волею (позиція глядача, який фіксований в очікуванні самовільного вирішення проблем). Відповідальність інших була скоріше пов’язана з почуттям обов’язку та зі страхом перед несприятливими наслідками.

Низький показник персональності (P), нижчий за 86 (68,4 ± 16,2), вказує на закритість цих пацієнтів. Вони були або фіксованими на собі внаслідок тривалих проблем, або незрілими.

Низький показник екзистенційності (E) – (нижче 81) - 64,8 ± 19,6 - вказує на спосіб життя, де рішення приймається важко, і є пасивність, схильність починати діяти на підставі зовнішніх побуджень без внутрішнього співвіднесення.

За шкалами тривожності та астенії у всіх пацієнтів було виявлено високий рівень особистісної тривожності (в середньому 60,5±8,6) та помірно виражена астенія (92,3±8,7). Обстеження пацієнтів за допомогою тесту екзистенційних мотивацій
(табл. 2).

Таблиця 2.

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

Показники фундаментальних екзистенційних мотивацій пацієнтів з тривожно-астенічними розладами.

Досліджувані параметри	M±SD	Норма
Фундаментальна довіра	26,0± 8,4	>67,2
Фундаментальна цінність	46,2 ± 11,3	>74,2
Самоцінність	37,7 ± 12,3	>67,2
Осмисленність життя	38,0 ± 13,9	>70

Оскільки досліджувану групу складали пацієнти саме з тривожними розладами, то слід було очікувати низьких показників насамперед фундаментальної довіри. Це і підтверджують результати, наведені в таблиці, згідно яких показники 1 екзистенційної мотивації знижені в 2,5 рази (другої, третьої, четвертої – в 1,6;1,7; 1,8 рази відповідно).

В екзистенційному аналізі фундаментальна довіра складається 1) з переживання безумовною вірності собі і здатності покладатись на себе; 2) з переживанням пра-довіри, ядром якої є первинний досвід підтримуючого ставлення інших (як у Е.Еріксона), доповнений подальшими підтримуючими стосунками в інші періоди життя; 3) переживання довіри до світу – акт покладання на опору, відчутну, як останню, в те, що людське буття (Буття-тут) має основу, яка перевищує і світ, і власне Буття-тут. З точки зору психології це фундаментальний акт і пра-досвід віри (що з психотерапевтичної точки зору є темою в сенсі установки, але не в сенсі змісту). Таким чином, низькі показники субшкали фундаментальної довіри свідчать про недостатність глибокої довіри до опори буття за сукупністю всіх одиничних досвідів, що призводить до екзистенційного відчуття дефіциту, тобто страху. Тобто, тривожні розлади є психофізіологічним корелятом екзистенційного відчуття дефіциту окремих або і всіх складових фундаментальної довіри.

У пацієнтів з коморбідними тривожно-астенічними розладами знижений, хоча і в меншій мірі, ніж попередня субшкала, показник фундаментальної цінності, який представляє другу екзистенційну мотивацію. Фундаментальна цінність – це цінність власного життя, що стає відчутною завдяки встановленню суб’єктивного відношення до нього («фундаментального відношення»). Вона має і вітальну складову. Це глибинна, емоційно осяжна якість власного життя. Вона пізнається через 1) власний (біографічний) досвід життя і 2) через спостереження і співпереживання іншим. Фундаментальна цінність впливає на персональне відчуття життя, на переживання/відчуття цінностей і на

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО
ЛНМУ ім.Данила Галицького

готовність і здатність до стосунків. Для розвитку фундаментальної цінності потрібно 5 видів досвіду: 1) стосунки з іншими (насамперед, люблячою матірю;2) враження; 3) стосунки з собою; 4) вчинки, які переживаються як значущі і варті поваги; 5) стосунки з трансцендентним, яке може проживатись не лише в рамках релігійної та практики, а може бути присутнім імпліцитною. Фундаментальна цінність – це відповідь на питання про те, яким для людини є той факт, що вона живе. В нашому дослідженні життя пацієнтів, які переживади тривалу та сильну тривогу та страх, сприймалось радше, як тягар, про що свідчать відповіді на запитання тесту. Однак в даному контексті можна говорити про передклінічні порушеннях фундаментальної цінності, при яких не виникає розвитку депресії, а мова йде про домінування негативний емоцій та субдепресивних станів.

Цікавим є той факт, що у пацієнтів з коморбідними тривожно-астненічними розладами знижені показники субшкали самоцінності. Це третя персонально-екзистенційна фундаментальна мотивація, що стосується суб'єктивного відчуття персональної цінності і відношення до себе на підставі самооцінки та оцінки інших 1) власної спроможності; 2) здатності до стосунків; 3) узгодженості з собою, тобто автентичності; 4) внутрішнього розуміння смислу екзистенції. Більшість пацієнтів у нашому дослідженні переживали себе неспроможними не лише на тлі хвороби, але і до неї; відчували себе «згіршеними» через відсутність бажаних стосунків, проживали суто функціональне, а отже неаутентичне життя, не задаючись питаннями, що для них важливо, і чого вони хочуть; частіше не розуміли власних контекстів. Розлади самоцінності в нашому дослідженні впливали на складову фундаментальної довіри, пов'язаною з переживання безумовною вірності собі і здатності покладатись на себе.

Показники осмисленості життя у пацієнтів з коморбідними тривожно-астенічними розладами також знижені (смислова привація), що може бути фоном або наслідком тривожних станів. Більша частина пацієнтів, у яких виникли коморбідні тривожно-астенічні розлади, переживали екзистенційну кризу від беззмістовності та відчуття безперспективності майбутнього.

Висновки.

1. У пацієнтів з коморбідними тривожно-астенічними розладами виявлено показники екзистенційного наповнення, що є значно нижчими від нормативних (показники 1 фундаментальної мотивації знижені найбільше).

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

2. Врахування показників екзистенційного наповнення може мати практичне і важливе додаткове значення при плануванні і проведенні психотерапії (стаціонарної і особливо довготривалої).

Клінічний випадок проявів феномену коморбідності (на фоні ОКР розвиток депресивного епізоду у 15-річного підлітка шизоїдної акцентуації)

Амбулаторно консультований та здійснювалися медикаментозне лікування, підліткова та сімейна психотерапія з 09.2016р. по сьогоднішній час.

Анамнез: пацієнт 2001 р. н. м. Львова, спадковість н/п захворюваннями не обтяжена – але, зі слів матері підлітка, її чоловік «замкнений, періодично мав якісь проблеми» (детальнішої інформації нема, бо батько пацієнта від віку його молодшої школи перебуває в Італії на заробітках і «живий» контакт із сім'єю був втрачений), є єдиною дитиною в сім'ї. З ним і мамою ще проживає дідусь, на пенсії, зі слів підлітка, контакт з дідусем не простий, спілкування той уникає. Мама хлопця підтверджувала малоресурсність батька. Ранній розвиток без особливостей, завжди був схильний до усамітнення, з дитинства мав мало друзів. До школи пішов у віці 7-ми років. Вчився непогано. Завжди віддавав перевагу технічним дисциплінам. Після 9-го класу, в зв'язку з дистресовою ситуацією (цькуванням однокласниками, відсутністю друзів) пішов в ліцей. Протягом останніх років регулярно навчався в «ШАГ»у, не тямив себе без ІТ спеціальності, мав чудовий потенціал у програмуванні (як недавно з гордістю повідомив на черговій сесії психотерапії, останнього тижня посів 1-е місце у їхньому потоці за результатами об'явленого конкурсу). Любить і добре грає на піаніно (колись батько навіяв йому любов до музики і хлопець з великим бажанням освоїв інструмент. Вільний час він, здебільшого, проводить за комп'ютером, регулярно займається програмуванням.

Анамнез захворювання. Звернулися підліток з мамою восени 2016р. (на той момент йому було 15,5 р.). Хлопець переважно мовчав, тільки пасивно коротко відповідав на питання. Зі слів мами стало відомо, що її син практично перестав відвідувати ліцей, тривало просиджує на комп'ютері, практично ні з ким з однолітків не спілкується, мало виходить з дому, часто конфліктує з нею, агресивний. Попередньо проблематика виглядала наступним чином: підліткова криза у шизоїдної особистості. Їм була запропонована психотерапія, що мала на меті здійснювати до діагностику та терапію підлітка та, як мінімум, психоедукаційна робота з мамою. Родина погодилася. В процесі психотерапії виявилось, щой ліцей він не відвідує, бо не знаходить там однодумців, йому зовсім не подобається спеціальність, яку довелось обрати, не вдалося вступити в заклад з омріяними ІТ. Відмічено, що хлопцеві дуже бракує спілкування з батьком (у мами з ним

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

складні стосунки із-за чого комунікація практично перервалася). На той момент пацієнта найбільше турбували насильницькі рухи, які великим зусиллям волі вдавалося опановувати в ліцеї і які дуже виснажували постійною «боротьбою» вдома. В квартирі було багато дверей і щоб їх відкривати хлопцеві постійно доводилось здійснювати 4-5 разів рух , щоб їх відкрити. Те саме стосувалося пульта. Було уточнено діагноз : ОКР. Призначено афубазол і продовження інтеграційної підліткової терапії з включення технік КПТ (від антидепресантів мама на той період відмовилась). В процесі подальшої терапії, вдалося відновити комунікацію з батьком пацієнта як значимою фігурою чоловічої ідентифікації, хлопець почав задіювати десенсебілізаційні техніки щодо нав'язливіх рухів. Мама опрацьовувала свою кризу розвитку у партнерських стосунках, почала працювати над процесом виходу із симбіозу з сином-підлітком та його сепарацією.

Але, нажаль, «завислими» залишалися проблеми стосунків в ліцеї в основному, із-за демотивації нашого підопічного щодо навчання «непотрібній» йому професії. Мама наполягала на тому, що для подальшого розвитку в ІТ сину потрібно завершити формат середньої освіти. На той період виглядало, що ситуація стає тупіковою: або вертатися у ненависну школу невдахою (в першу чергу із-за напружених соціальних комунікацій) або продовжувати страждати в не менш лякаючому ліцеї. В результаті, у підлітка поступово почали наростати симптоми депресії: коливання настрою (по два-три тижні знаходився у пригніченому стані (відчував сум, думки про сенс існування, суіцидально забарвлені, втрату енергії та зацікавлень), який чергується з нормальним (до кількох днів). За характером продовжувала наростати вразлививість, ранимість, нестресостійкість, боязливість. Зріс рівень тривоги. Наросли розлади сну (не міг заснути до 2-3-ї години, сон був поверхневий, погіршився апетит, дратували комунікації навіть по телефону (виходили на контакт одногрупники за проханням педагогів) та в соціальних мережах (видалив усіх, однолітків, хто пробував до нього «достукатися»). При черговому звертанні підліток скаржився, що постійно відчуває роздратування, особливо до мами; втому, втратив інтерес навіть до програмування, наросли знову нав'язливості. Було констатовано епізод тривожно-депресивного розладу, рекомендовано розпочати терапію антидепресантом (золофт, з титруванням дози від 25 мг до 50-ти). Пізніше виявилося, що як тільки збільшували дозу до 50-ти, в хлопця почала проявлятися гіпертензія. Було отримано консультацію кардіолога, біологічних причин побічної дії не було знайдено. Лікування продовжувалось залишатися на мінімальній віковій дозі. В кінці 3-го тижня в підлітка почав нормалізовуватися настрій, він став спокійніший, повернувся до улюблених занять з

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

програмування на комп'ютері. За цей час був переведений у вечірню школу, де за допомогою психотерапії поступово адаптувався.

З часом сесії стали менш регулярними, продовжував антидепресивну терапію. На останню психотерапію (в червні 2017р., сповнилося 16р.) з'явився у піднесенні, відновив навчання у «Шагу», виглядав більш зрілим, більш впевненим в собі, з позитивним баченням майбутнього розвитку, в котрому значиме місце продовжував посідати батько та нові знайомі (часом на кілька років старші) у комп'ютерній академії.

Діагноз: ОКР, змішаний тривожно-депресивний розлад у шизоїдної особистості.

Висновки:

За структурою особистості пацієнт преморбідно приналежний до шизоїдного реєстру, що виявлялося періодичним підвищенням рівня тривоги аж до ОКР та розвитку депресивного епізоду на етапах соціальної адаптації та навіть в очікуванні цього.

3.3. Коморбіні стани у хворих залежних від психоактивних речовин

Залежність від психоактивних речовин (ПАР) є проблемою цілого світу і становить особливу загрозу призводячи до значних економічних, моральних збитків, духовного розкладу суспільства, загрожує генофонду нації, державній і національній безпеці.

Розуміння коморбідності і введення поняття контрморбідності в психіатрію та наркологію

Дослідження комрбідних станів у хворих залежних від психоактивних речовин проводиться на базі 1-го відділення Львівського обласного державного клінічного наркологічного диспансеру та кафедри психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького. Програма дослідження є поетапною, відповідно до плану завдань. Специфіку цих завдань визначає сутність методів, що використовуються в дослідженні і послідовність їхнього застосування. Первинна діагностика пацієнтів, а також вивчення динаміки їхнього стану протягом лікування здійснюється традиційним *клініко-психопатологічним методом*.

Всім хворим, які приймали участь у дослідженні було проведено комплексне динамічне клініко-лабораторне обстеження.

Для виявлення статистично значимих відмінностей використовувались параметричні та непараметричні методи. Параметричні характеристики подавали як M±m, де M–середнє значення, m – стандартна похибка середнього значення. Дані на нормальність розподілу у вибірках провірялись з допомогою W–теста Шапіро–Уілка. Для

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

оцінки значущості міжгрупових відмінностей в досліджуваних кількісних показниках використовувались Т–тест Стьюдента. Оскільки у багатьох випадках розподіл суттєво відрізнявся від нормального, то порівняння параметричних і рангових характеристик між групами виконували за допомогою непараметричного критерію U–тест Манна–Уітні, а оцінку їх динаміки всередині груп – за допомогою парного критерію Вілкоксона. Зв'язок між параметричними характеристиками оцінювали методом рангової кореляції за Кендалом. Відмінності та кореляційні зв'язки вважали статистично значущими за умов $p<0,05$.

Нами виділено групу пацієнтів із 40 осіб, яким діагностовано крім залежності від психоактивних речовин, психічні та соматичні розлади. У 5-ти осіб неможливо було визначити, що ж все-таки є первинним, у зв'язку із дуже непростим розвитком розладів. 39 осіб мали розлади центральної і периферичної нервової системи неспецифічного характеру. У 35-ти осіб виявлено соматоневрологічні зміни (гепатотоксичні, кардіотоксичні, панкреотоксичні, нефротоксичні), які пов'язані із впливом хронічної інтоксикації психоактивними речовинами. В залежності від виду інтоксикації (алкоголем, опіоїдами та ін.) та її тривалості нами виявлені суттєві зміни показників крові, що відповідають індивідуальним особливостям коморбідних ускладнень, які можуть використовуватись в диференційній діагностиці, як допоміжні об'єктивні критерії форм хімічної залежності і визваних ними органопатологічних ускладнень.

В процесі терапії даної групи хворих індивідуально враховували біохімічні маркери, стан психічного та фізичного здоров'я пацієнта і характер зловживання алкоголю чи психоактивних речовин, що давало можливість підвищити ефективність лікування і головне зменшити кількість рецидивів у хворих залежних від психоактивних речовин.

Перед нами стоїть питання «особливого» терапевтичного підходу до лікування пацієнтів із залежністю, коморбідною з психічною патологією, що дозволить диференціювати медикаментозну терапію та обґрунтувати стратегії психотерапевтичного (ПТ) впливу із урахуванням їх індивідуальних особливостей.

Клінічний випадок проявів феномену контрморбідності (після перенесеної панічної атаки за вживання коноплі) у циклотимної особистості.

Пацієнт 13.04.1997 р.н, мешк. Львівської обл., Кам'янка-Бузького р-ну, с. Запитів, вул. Джерельна, 161.

Медична карта стаціонарного хворого №02678-17 клініко-діагностичне чоловіче відділення КЗ ЛОКПЛ).

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

Анамнез: спадковість н/п захворюваннями обтяжена – рідний брат матері неодноразово лікувався в наркологічному диспансері з приводу хронічного алкоголізму, старший брат лікувався в психіатричному стаціонарі з приводу психічного розладу (детальнішої інформації пацієнт не надав). Пацієнт є молодшим з 4-х дітей в сім'ї. Ранній розвиток без особливостей. До школи пішов у віці 7-ми років. Вчився посередньо. Улюблених предметів не виділяє, окрім малювання. Закінчивши 11 класів школи отримав середню спеціальну освіту – майстер по ремонту взуття. Після закінчення ПТУ за фахом не працював. Мав тимчасові неофіційні підробітки – помічником складальника металопластикових вікон. На даний час не працює. Неодружений, тривалих стосунків з дівчатами за життя не мав, близьких друзів, зі слів пацієнта, теж не має. Вільний час, здебільшого, проводить за комп'ютером, грає у «танки». Мешкає з матір'ю і 11-літнім двоюрідним братом, якого всиновила та виховує його матір.

Зі слів пацієнта, з підліткового віку (14-ти років) має періодично має коливання настрою: по два-три тижні є у пригніченому стані (відчуває сум, думки про сенс існування, втрату енергії та зацікавлень), який чергується з нормальним, або дещо піднесеним (до 1 тижня). За характером описує себе вразливим, ранимим, нестресостійким, боязливим. В часі пригнічених періодів вживає слабоалкогольні напої, зі слів пацієнта, «…чотири рази курив коноплю, після чого відчував ейфорію та легкість у тілі…». Пацієнт вищеописані коливання афекту не вважає патологією, каже: «…я звик так жити…».

Вважає себе хворим з вечора 12.07.2016 р., відколи на ніч 13.07.2016 р. у компанії друзів покуриши коноплю через бульбулятор (зі слів пацієнта), мав «bad trip» у вигляді відчуття, що «…все зігнило, пропало довкола, що перебуваю у пеклі, а з носа ростуть весла…». Цей стан супроводжувався значним пропотіванням, серцебиттям та браком повітря та тривав близько 30 хвилин. Повернувся додому під ранок 13.07.2016 р., з того дня не спав (зі слів пацієнта, лишень дрімав), час до часу поверталось «переживання пекла», різко знизився настрій, з'явились суїцидальні думки. Наніс собі поверхневі порізи на шкірі у ділянці обидвох передплічь. З 17.06.2016 р. до 10.08.2016 р. лікувався у 3-му відділенні КЗ ЛОКПЛ з діагнозом «Психічні та поведінкові розлади, спричинені вживанням коноплі. Психічний розлад переважно з депресивними симптомами». Отримав дезінтоксикаційну та нейролептичну терапію (2 мг рісполепту на добу, 600 мг карбамазепіну на добу. Виписаний, зі слів пацієнта у задовільному стані. Після виписки підтримуючого лікування не приймав, протягом 4 міс. почував себе добре, повернувся до праці помічником складальника віконних профілів. Алкоголь та коноплю не вживав,

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

уникає будь-які компанії однолітків, де на його думку можуть бути адикції. 10.12.2016 р. пацієнт вперше після виписки знов має «відчуття пекла», страху, серцебитття, пропотівання, які тривають протягом до 5 хвилин і минаються самостійно. У той час є цілком непрацездатним, має все покинути, «постійно ходити, не можу сидіти на місці». З того часу «приступи» повторяються з частотою 1 раз на 2-3 тижні та провокуються, зазвичай, висловами про «…паралельні світи, смерть, мерців, гнилість…», зі слів пацієнта. 20.04.2017 р. пацієнт отримав скерування від лікаря – психіатра Жовківського РВК на стаціонарне обстеження у КЗ ЛОКПЛ у зв'язку з призовом в армію. З 27.04.2017 р. по даний час є на стаціонарному обстеженні в 3-му чоловічому клініко-діагностичному відділенні КЗ ЛОКПЛ.

Соматичний стан: середнього зросту, задовільного відживлення. Шкірні покрови блідо-рожеві, множинні старі рубці на лівому та правому передпліччях, кольорове татуювання в ділянці верхньої третини правого передпліччя. Зів чистий. В легенях дихання везикулярне. Тони серця приглушені, ритмічні. АТ 120/70 мм.рт.ст. Живіт при пальпації м'який, не болючий. Печінка не поширена. С-м Пастернацького «від'ємний» з обох боків. Периферичні набряки відсутні. Температура тіла 36,7.

Нервова система: сухожилкові та шкірні рефлекси симетричні. Патологічні рефлекси негативні. Черепно-мозкова інервація не порушена. Менінгеальні симптоми від'ємні. В позі Ромберга – похитування на 25-30 сек.

Психічний стан: на час огляду (30.05.2017 р.) в свідомості, орієнтований вірно. Виразно тривожний, неспокійний, «тремтить усім тілом» на початку розмови, зі слів пацієнта, «…боюся, що після нашої розмови призвуть мене до армії…», до її завершення дещо заспокоюється. Скаржиться на постійне відчуття неспокою, яке періодично сягає «паніки», «…коли не можу сидіти на місці, маю постійно рухатися, у той час відчуваю, що може померти, серце калатає, бракує повітря…коли чую про паралельні світи та смерть…». Декілька раз впродовж розмови відмічає, що вперше такий стан мав 12.07.2016 р. «…після двох затяжок «коноплі-хімки» через бульбулятор, коли пережив «bad trip»…», зі слів пацієнта, «…думав, що помер, що вже є у пеклі, що з носа ростуть «весла-крила»… Іпохондрично фіксований на своїх як тілесних, так і емоційних відчуттях. Мислення формально структуроване, послідовне, сповільнене за темпом. Продуктивну симптоматику на час огляду категорично заперечує. Інтелект відповідає віку та набутій освіті. Пам'ять на поточні та давні події збережена. Настрій знижений, відмічає, коливання настрою по днях. Критика до свого стану достатня, відмічає: «…був дурним, більше ніколи не буду ні пити ні курити…».

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

Висновки ЕПО від 12.05.2017 р. (психолог Техова А.Е.): ставлення до обстеження неспокійне, насторожене. Переживає за результати. Працює у достатньому темпі. Загальна продуктивність когнітивної діяльності у нормі. Швидкість розподілу та переключення уваги у полі зору у нормі (50, 56, 57 сек – рахунок за таблицями Шульте). Рівень механічного запам'ятовування несуттєво знижений (6-6-7-8-9 слів з 10). Мислення логічне, судження дещо незрілі, інфантильні. Рівень розвитку аналітико-синтетичної діяльності – у межах норми. Проби виконує за адекватними критеріями. Метафоричний зміст прислів'їв та приказок пояснює вірно. Змін мисленнєвої діяльності по sch та органічному типах – не виявлено. Профіль MMPI 2'37-416/89; F/L:K#. Пік на шкалі 2 (депресія) – може відображати актуальну депресивну симптоматику. Отже, на час проведення ЕПО на перший план виступає тривожно-депресивна симптоматика на фоні характерологічних особливостей.

Враховуючи анамнез життя та хвороби, дані ЕПО від 12.05.2017 р., актуальний психічний стан:

Діагноз: Змашаний тривожно-фобічний розлад у циклотимної особистості. F.41.3

Висновки:

1. За структурою особистості пацієнт преморбідно приналежний до циклотимного реєстру, що виявлялося у характерних афективних коливаннях «грунту» з віку 14-ти років;
2. З ейфоризуючою та транквілізуючою метою (у контексті умовно здорової вікової «метафізичної інтоксикації») пацієнт виявив делінквентну поведінку з заживанням психоактивних речовин (коноплі), у часі якого отримав розгорнутий інтоксикаційний психоз з вираженим тривожно панічним компонентом;
3. Після перенесеного приступу спостерігається раптовий обрив зловживань з переживанням навіть «страху перед страхом отримати черговий панічний приступ», що є проявом феномену контррморбідності у даного пацієнта.

Виходячи із викладеного нами запропоновано в наркодиспансерах наркозалежним пацієнтам, які знаходяться на обліку і вперше виявлені (т.з.первинні) проходити 2 рази на рік клініко-біохімічне обстеження, УЗД органів черевної порожнини (1 раз на рік), та, за умов активації процесу, визначати HCV-РНК методом ПЛР, що рахується методикою активного диспансерного спостереження.

ВИСНОВКИ

Питання клініки, діагностики, особливостей протікання коморбідного патологічного процесу, особливо, що торкається психіатрії та наркології, залишається актуальним і не до

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

кінця вивченим. Вважаємо, що коморбідність на сьогоднішній день відображає лише частину спряжених між собою патологічних станів.

1. В клінічній практиці зустрічаються часті випадки відносно сприятливого протікання коморбідної патології з послабленням проявів один одного. Такий антагоністичний зв'язок, слід вважати, має під собою підстави для широкого кола різних патологічних процесів, не лише психопатологічних, але й соматичних. що пропоновано нами як «контрморбідність».
2. У роботі вирішене наукове завдання оптимізації ефективності стаціонарного лікування пацієнтів із тривожними розладами та супутніми коморбідними станами невротичного регістру за допомогою короткофокусної індивідуальної психодинамічної психотерапії.
3. Встановлено, що у всіх пацієнтів, незалежно від нозологічної приналежності, провідними є наступні трансдіагностичні симптоми: тривога, неспокій – у 100% випадків, зниження настрою – у 80,4%, порушення сну – у 64,7%, страхи – у 60,8%, загальна слабкість та втомлюваність – у 60,8%.
4. Встановлено, що україномовні версії основних інструментів дослідження – альтернативна ієрархічна система категорій ЦТКС-ЛУ (лейпцизько-ульмська), Опитувальник психопатологічних симптомів SCL-90 (Symptom Checklist 90) та Опитувальник змін у переживаннях та поведінці (Veränderung das Erlebens und Verhaltens) VEV-test є валідними і можуть бути застосовані в клінічній практиці як методи психодіагностичного дослідження у хворих на тривожні розлади і коморбідні стани.
5. Патерни міжособистісних стосунків пацієнтів за даними завершальних напівструктурованих інтерв'ю після короткофокусної стаціонарної психодинамічної психотерапії достовірно покращуються, що виражається у зростанні відносних частот позитивних реакцій інших осіб та позитивних власних реакцій пацієнтів (з 28,62% до 44,52% та з 24,05% до 44,30%, відповідно), а також гармонійних реакцій інших осіб та власних реакцій пацієнтів (з 27,52% до 40,26% та з 23,49% до 43,38%, відповідно) після проведеної психотерапії.
6. Покращення патернів міжособистісних стосунків пацієнтів достовірно корелює з покращенням у їхньому психічному стані, що виявлено за результатами SCL-90, а також із покращенням їхнього суб'єктивного стану, про що свідчать результати VEV-test. Найбільш достовірні ($p \leq 0,001$) та

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

послідовні кореляції були виявлені щодо власних реакцій пацієнтів RS, що вказує на те, що від позиції пацієнтів у стосунках та суб'єктивного сприйняття навколишнього значною мірою залежать їхній психічний стан та життєві настанови.

7. Проведене емпіричне дослідження виявило статистично вірогідну ефективність стаціонарної короткофокусної індивідуальної психодинамічної психотерапії у комплексному лікуванні пацієнтів із тривожними розладами та супутніми коморбідними станами невротичного регістру. Практичне вилікування спостерігалося у 58,8% пацієнтів, значне покращення – у 23,5 % пацієнтів.

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Аведисова А.С. Психические расстройства с точки зрения психически больных и здоровых / А.С. Аведисова, В.И.Бородин, В.О.Чахава // Российский психиатрический журнал. – 2000. – №6. – С. 8–11.

2. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройст-ва : учебное пособие / Ю. А. Александровский. – М. : Медицина, 2000. – 496 с.

3. Менцос С. Психодинамические модели в психиатрии / Ставрос Менцос ; [пер. с нем. Э. Л. Глушанского]. – М. : Алтейа, 2001. – 176 с.

4. Зорин В. Ю. Формирующиеся в условиях стрессогенной ситуации затяжные депрессивные состояния / В. Ю. Зорин // Журн. невропатол. и психиатр. – 1996. – № 6. – С. 23–27.

5. Решетников М.М. Психодинамика и психотерапия депрессий. / М.М. Решетников // Восточно-Европейский институт психоанализа. - Санкт-Петербург. - 2003. С. 115-127.

6. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение / Ф. Александер. – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2004. – 336 с.

7. Бабіч В.В. Непсихотичні психічні порушення у хворих на серцево-судинні захворювання – стан проблеми / В.В. Бабіч // Архів психіатрії. – 2005. – Т. 11, № 4. – С. 95–99.

8. Бабич В.В. Клініко–психопатологічна характеристика адаптаційних розладів у пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарду/ В.В. Бабіч // Таврический журнал психиатрии. – 2006. – Т. 9, № 3. – С. 4–5.

9. Бабич В.В. Вплив макро– та мікросоціальних чинників на розвиток та перебіг адаптаційних розладів у хворих з гострим інфарктом міокарду/ В.В. Бабіч // Архів психіатрії. – 2007. – Т. 13, № 1–2. – С. 97–103

10. Бабич В.В. Психологічні особливості хворих з розладами адаптації при гострому інфаркті міокарду/ В.В. Бабіч // Архів психіатрії. – 2007. – Т. 13, № 3–4 . – С. 27–33.

11. Бройтигам В. Психосоматическая медицина / В.Бройтигам, П.Кристиан, М. Рад– М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. - 376 с.

12. Березанцев А.Ю. Психосоматические и соматоформные расстройства (аналитический обзор, часть 1) // Российский психиатрический журнал. – 2001. - №3. - С.61-69.

13. Березанцев А.Ю. Психосоматические и соматоформные расстройства (аналитический обзор, часть 2) // Российский психиатрический журнал. – 2001. - №4. - С.51-63.

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

14.Битенский В.С.Психосоматическая и соматопсихиатрическая медицина в Украине: дефиниции, проблемы и перспективы развития / В.С.Битенский, А.Г.Годлевский, М.В.Левинский, Э.В.Мельник [и др.] // Вісник психічного здоров'я. – 1999. - №2. – С.6-8.

15.Выборных Д.Э. Паранойяльные нозогенные реакции у больных с соматическими заболеваниями / Д.Э. Выборных // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С.Корсакова. – 1998. – Т.98, Вып.12. – С. 18-21.

16.Выборных Д.Э. Сутяжные нозогенные реакции / Д.Э. Выборных, М.Ю. Дробижев // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С.Корсакова. – 1999. – Т. 99, Вып.12. – С. 17-23.

17.Вид В.Д. Психотерапия шизофрении / В.Д. Вид. – СПб.: Питер, 2001. – 432 с.

18.Гиндикин В.Я. Личностная патология / В.Я. Гиндикин, В.А. Гурьева. – М.: Медицина, 1999. – 266 с.

19.Корнацький В.М. Щодо впливу макро- та мікросоціальних чинників на розвиток невротичних, пов'язаних зі стресом розладів, коморбідних з артеріальною гіпертензією/ Корнацький В.М., Маркова М.В., Харченко Є.М., Степанова Н.М.[та ін.] // Архів психіатрії. – 2005. – Т. 11, № 3. –С. 15–24.

20.Ігнатов М.Ю. Щодо терапії тривожно-депресивних розладів непсихотичного реєстру, коморбідних із серцево-судинними захворюваннями / М.Ю.Ігнатов, М.В.Маркова, В.В. Бабич // Мистецтво лікування. – 2007. – № 6. – С. 30–32.

21.Маркова М.В. Діагностика психологічних чинників ризику невротичних, пов'язаних зі стресом розладів, коморбідних з артеріальною гіпертензією / Маркова М.В., Степанова Н.М., Лещенко О.М., Бахтіярова С.А.[та ін.] // Архів психіатрії. – 2005. – Т. 11, № 2. – С. 207–214.

22.Табачніков С.І. Медико-психологічні аспекти розвитку, перебігу та терапії невротичних, пов'язаних зі стресом розладів, коморбідних з артеріальною гіпертензією / Табачніков С.І., Маркова М.В., Харченко Є.М., Бусло О.О.[та ін.] // Таврический журнал психиатрии. – 2007. – Т. 11, № 2. – С. 32–48.

23.Куттер П. Современный психоанализ / Пер. с нем. С.С. Панкова, под ред. В. Зеленского. – СПб.: «Б.С.К.», 1997. – 351 с.

24.Кулаков С.А. Основы психосоматики / С.А. Кулаков. – СПб.: Речь, 2005. – 288 с.

25.Красильников Г.Т. Нарушения критичности у больных шизофренией / Г.Т. Красильников // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С.Корсакова. — 1993. — Т.93, Вып.4. — С. 59-62.

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

26.Конечный Р.Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. — Прага: Авиценум, 1983. — 405 с.

27.Кровяков В. М. Психотравматология / В. М. Кровяков. — Екатеринбург: Изд- во УМЦ УПИ, 2006. — 442 с.

28.Карвасарский Б.Д. Неврозы. Руководство для врачей / Б.Д. Карвасарский. – М.: Медицина, 1980. – 447 с.

29.Краснушкин Е.К. О некоторых отношениях между душевными и соматическими болезнями ... и другим аффективным психозам / Е. К. Краснушкин // Журн. невропатол. и психиатрии, 1960.

30.Личко А.Е. Методика определения типа отношения к болезни / А.Е. Личко, Н.Я. Іванов // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1980. – № 8. – С. 1527-1530.

31.Лакосина М.Д. Клиническая психология. 2-е изд. / М.Д. Лакосина, Н.И. Сергеев, О.Ф. Панкова. – М.: МЕДпресс-информ, 2005. – 416 с.

32.Личко А.Е. Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / Под ред. М.М.Кабанова, А.Е.Личко, В.М.Смирнова – Л.:Медицина, 1983. – С.102-115.

33.Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания / Р.А. Лурия. – М.: Медицина, 1977. – 111 с.

34.Малкина-Пых И.Г. Психосоматика / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2008. – 1024 с.

35.Марти П., де М'Юзан М. Оперативное мышление: Антология современного психоанализа, Т.1 / Под ред. А.В. Россохина. – М.: Издательство «Институт психологии РАН», 2000. – С. 327–335.

36.Мишиев В.Д. О взаимосвязи клинических проявлений депрессии с преморбидными особенностями личности / В.Д. Мишиев // Журнал психіатрії та медичної психології. – 1997. - №1 (3). – С.78-81.

37.Мясищев В.Н. Личность и отношения человека: Соотношение биологического и социального в развитии человека / В.Н. Мясищев. – Вильнюс, 1974.

38.Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. – М.: Изд. Моск. ун., 1987. – 168 с.

39.Приб Г.А. Злоупотребление алкоголем больными параноидной шизофренией как реакция "неадекватной адаптации" и его влияние на социальное функционирование/ Г.А. Приб // Архів психіатрії. – 2001. – №4. – С. 144-148.

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

40.Приб Г.А. Выполнение социальных ролей больными параноидной шизофренией, сочетающейся с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя, как предиктор социальной дезадаптации / Г.А. Приб // Архів психіатрії. – 2002. – №1. – С. 71-76.

41.Приб Г.А. Социальное функционирование больных параноидной шизофренией, сочетающееся с употреблением алкоголя с вредными последствиями или с синдромом зависимости от алкоголя/ Г.А. Приб // Архів психіатрії. – 2002. – №2. – С. 39-43.

42.Психосоматические и соматоформные расстройства в реабилитологии (диагностика и коррекция) / [Олейникова М. М., Михайлова А. А., Зилов В. Г. и др.] ; Под ред. А. А. Хадарцева. – Тула : ГУИПП Тульский полиграфист, 2003. – 119 с.

43.Руководство по психиатрии: в 2-х томах. Т.1 / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др.; под ред. А.С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – 712 с.

44.Ротштейн В.Г. Эпидемиология депрессий / В.Г. Ротштейн, М.Н. Богдан, С.А. Долгов // Депрессия и коморбидные расстройства под ред. А.Б. Смулевича, М., 2000.

45.Савченко В.И. Личность и ее отражение в содержании психоза / В.И. Савченко // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С.Корсакова. – 1991. – Т.91, Вып.1. – С.117-120.

46.Смулевич А.Б. К проблеме нозогений. Ипохондрия и соматоформные расстройства / А.Б. Смулевич, А.О.Фильц, И.Г. Гусейнов [та ін.].– М.:Медицина, 1992. – С.111-123.

47.Смулевич А. Б. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) / А.Б. Смулевич, А.Л. Сыркин, В.Н. Козырев и др. // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. — 1999. — Т. 99, Вып.4. — С. 4–16.

48.Смулевич А.Б. Клиническая и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений) / А.Б.Смулевич, А.Ш.Тхостов, А.Л.Сыркин, С.И.Овчаренко и др. // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С.Корсакова. – 1997. – Т.97, Вып.2. – С.4-9.

49.Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство / М. Е. Сандомирский. – М.: Независимая фирма «Класс», 2005. – 592 с.

50.Фильц А.О. Проблема небредовой ипохондрии: автореф. дис. на соискание научн. степени доктора мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / А.О. Фильц – Москва, 1993. – 49 с.

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

51.Фрейд З. Основные психологические теории в психоанализе / З. Фрейд: Пер. М.В. Вульф, А.А. Спектор. – Мн.: Харвест, 2004. – 400 с.

52.Черников А.В. Системная семейная терапия. Интегративная модель диагностики / А.В. Черников. – М.: Независимая фирма “Класс”, 2001. — 208 с.

53.Sifneos P.E. Alexithymia: past and present / P.E. Sifneos // Am.J.Psychiat. – 1996. – Vol. 153. – P. 137-142.

54.Mitscherlich, A.: Krankheit als Konflikt. Studien zur psychosomatischen Medizin / A. Mitscherlich. – Frankfurt am M.: Suhrkamp, 1966.

55.Lipowski Z.J. Psychosocial reactions to physical illness / Z. J. Lipowski // Can. Med. Assoc. J. – 1983. – V. 128.

56.Wallace A. Mental illness: Biology and Culture / A.Wallace. – Homewool, Illinois, 1961.

57.Дэниел Гоулман; пер. с англ. А.П. Исаевой Эмоциональный интеллект. - М.: АСТ МОСКВА. 2003.

58. Кондрашкин А.В. Кириллова Т.О. Социальная ситуация развития современного подростка в контексте модели социально-психологической помощи в восстановительном подходе. - Электронный журнал «Психологическая наука и образование» 2012, №4. http://www.psyedu.ru/journal.

59. Лукьянченко Н.В. Родительский фактор психологического неблагополучия подростков. - Журнал практической психологии и психоанализа. №1.- 2015.- http://psyjournal.ru.

60. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 25 грудня 2014 року №1003 Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високо спеціалізованої) медичної допомоги , депресія (легкий, помірний, тяжкий депресивні епізоди без соматичного синдрому або з соматичним синдромом, рекурентний депресивний розлад, дистимія) .

61. Николаев Е.Л., Суслова Е.С. Дискурс и психическое здоровье личности: современные взгляды // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2010. № 6. С. 87–126.

62. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2008. -167с.

63. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Семейный контекст расстройств аффективного спектра // Социальная и клиническая психиатрия.- 2004.- Т. 14, № 2.- С. 11–20.

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

64. Langle A., Orgler Ch., Kundi M. The Existence Scale. A new approach to assess the ability to find personal meaning in life and to reach existential fulfillment. European Psychotherapy.- 2003.- №4.-P. 13-51.

65. Kryvcova S., Langle A., Orgler Ch. The Existence Scale (Existenzskala). Existential analysis. 2009; 1.: 141-170. /Кривцова С.В., Лэнгле А., Орглер К. Шкала экзистенции (Existenzskala) А. Лэнгле и К.Орглер// Экзистенциальный анализ.- 2009.-№ 1.-Р.141-170.

66. Petrova H. Existential content characteristics in population. Existential analysis 2010; l2 : 149-158/ Петрова Г.А. Характеристика экзистенциальной исполненности в клинической и популяционной выборках// Экзистенциальный анализ.- 2010.-№ 2.-Р.149-158.

67. Langle A. Person. Existential-analytical personality theory. - M.: Genesis, 2005. Лэнгле А. Person. Экзистенциально-аналитическая теория личности. – М.: Генезис, 2005.-234р.

68. Ukolova E., Shumsky V. Victor Frankl and Max Sheller: from antropology to onthology. Existential analysis 2013; : 7-26. /Уколова Е.М., Шумский В.Б. Макс Шелер и Виктор Франкл: от антропологии к онтологии духовной личности// Экзистенциальный аналіз.-2013.-№ 5.-Р. 7-26.

69. Batthyany D., Zsok O. Victir Frankl und die Philosophie. -Wien: Springer-Verlag, 2005.-256р.

70. Sedmak C. Die Sinnfrage als Movens philosophischer Reflexion// Viktor Frankl und die Philosophie (Hrsg): Batthyany D, Zsok O, Wien: Springer-Verlag, 2005; 41-56.

71. Luborsky L. Understanding Transference: the Core Conflictual Relationship Theme Method / Luborsky L., Crits-Christoph P. – 2nd Edition [Rev. and expanded]. – Washington, D.C.: American Psychological Association, 1998. – P. 4, 26, 307-325.

72. Albani C. Reformulation of the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) Categories: the CCRT-LU Category System / C. Albani, D. Pokorny, G. Blaser et al. // Psychother. Research. – 2002. – Vol. 12, № 3. – P. 319-338.

73. Albani C. Opportunities and perspectives of the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) method in psychotherapy research / C. Albani, M. Geyer, D. Pokorny, H. Kaechele. Ukrainian: (Албані К. Можливості та перспективи методу центральної теми конфліктних стосунків (ЦТКС) у психотерапевтичних дослідженнях / К. Албані, М. Гайєр, Д. Покорни, Г. Кехелє // Форум психіатрії та психотерапії. – 2004. – Т. 5. – С. 41-52).

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

74. Book, H. E. How to practice brief psychodynamic psychotherapy: The core conflictual relationship theme method / H. E. Book. – Washington, D.C., U.S.: American Psychological Association, 1998. – 181 p., pp. 21-32.

75. Levy R.A. Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence / Levy R.A., Ablon J.S., Kaechele H. (Eds.); Springer/Humana Press, New York, NY, 2012. – 645 p.

76. Strauss B.M. Visions in Psychotherapy Research and Practice. Reflections from Presidents of the Society for Psychotherapy Research / Strauss B.M., Barber J.P., Castonguay L.; Taylor & Francis, 2015. – 352 p.

77. Albani C. Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte. Theorie, Klinik und Forschung / Albani C., Pokorny D., Blaser G., Kaechele H.; Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Goettingen, 2008. – 281 s.

78. Espinosa D.H. Condificación de Episodios Relacionales a partir de la versión en castellano del Método del Tema Central de Conflicto Relacional CCRT-LU-S: Manual de Procedimiento / Espinosa, D.H., Valdés, N., 2012. Proyecto Fondecyt Nº3130367. Manuscrito sin publicar.

79. Winsper C. Clinical and psychosocial outcomes of borderline personality disorder in childhood and adolescence: a systematic review / C. Winsper, S. Marwaha, S.T. Lereya, A. Thompson, J. Eyden, S.P. Singh // Psychol Med. – 2015. – Vol. 24. – P. 1-15.

80. Dixon-Gordon K.L. A Preliminary Examination of the Role of Emotion Differentiation in the Relationship between Borderline Personality and Urges for Maladaptive Behaviors / K.L. Dixon-Gordon, A.L. Chapman, N.H. Weiss, M.Z. Rosenthal // J Psychopathol Behav Assess. – 2014. – Vol. 36, № 4. – P. 616-625.

81. Sharp C. Recent advances in the developmental aspects of borderline personality disorder / C. Sharp, S. Kim // Curr Psychiatry Rep. – 2015. – Vol. 17, № 4. – P. 556.

82. Drapeau M. The Core Conflictual Relationship Themes (CCRT) in borderline personality disorder / M. Drapeau, J.C. Perry // J Pers Disord. – 2009. – Vol. 23, № 4. P. 425-31.

83. Drapeau M. An empirical examination of three models of the interpersonal functioning of patients with borderline personality disorder / M. Drapeau, J.C. Perry, A. Koerner // Psychiatry. – 2009. – Vol. 72, № 2. – P. 143-53.

84. Drapeau M. Interpersonal behaviours and BPD. Are specific interpersonal behaviours related to borderline personality disorder? An empirical study using the Core Conflictual

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

Relationship Theme standard categories / M. Drapeau, J.C. Perry, A. Koerner // Archives of Psychiatry and Psychotherapy. – 2010. – Vol. 3. – P. 5-10.

85. Drapeau M. Interpersonal patterns in borderline personality disorder / M. Drapeau, J.C. Perry, A. Koerner // J Pers Disord. – 2012. – Vol. 26, № 4. – P. 583-92.

86. Soroko E. Internal relationship patterns in borderline and neurotic personality organization: An analysis of self-narratives / E. Soroko // Polish Journal of Applied Psychology. – 2014. – Vol. 12, № 3. P. 9-28.

87. Grenyer B. The clinician's dilemma: core conflictual relationship themes in personality disorders / B. Grenyer // ACPARIAN (the official newsletter of the Australian Clinical Psychology Association). – 2012. – Issue 4 (July). – P. 24-26.

88. Kapfhammer H.P. Comorbid depressive and anxiety disorders in patients with cancer / H.P. Kapfhammer // Nervenarzt. – 2015. – Vol. 86, № 3. – P. 291-301.

89. Buturak S.V. Effects of comorbid anxiety disorders on the course of bipolar disorder-I / S.V. Buturak, O.M. Koçak // Nord J Psychiatry. – 2015. – Vol. 13. – P. 1-5.

90. Van Loo H.M. Psychiatric comorbidity: fact or artifact? / H.M. van Loo, J.W. Romeijn // Theor Med Bioeth. – 2015. – Vol. 36, № 1. – P. 41-60.

91. Floros G. Comorbidity of psychiatric disorders with Internet addiction in a clinical sample: the effect of personality, defense style and psychopathology / G. Floros, K. Siomos, A. Stogiannidou, I. Giouzepas, G. Garyfallos // Addict Behav. – 2014. – Vol. 39, № 12. – P. 1839-45.

92. Ha C. Psychiatric comorbidity in hospitalized adolescents with borderline personality disorder / C. Ha, J.C. Balderas, M.C. Zanarini, J. Oldham, C. Sharp // J Clin Psychiatry. – 2014. – Vol. 75, № 5. – P. 457-64.

93. Spinhoven P. Comorbidity of PTSD in anxiety and depressive disorders: prevalence and shared risk factors / P. Spinhoven, B.W. Penninx, A.M. van Hemert, M. de Rooij, B.M. Elzinga // Child Abuse Negl. – 2014. – Vol. 38, № 8. – P. 1320-30.

94. Vinnars B. Supportive-expressive psychotherapy for comorbid personality disorders: a case study / B. Vinnars, J.P. Barber // J Clin Psychol. – 2008. – Vol. 64, № 2. – P. 195-206.

95. Schneider R.L. The state of personalized treatment for anxiety disorders: A systematic review of treatment moderators /R.L. Schneider, J.J. Arch, K.B. Wolitzky-Taylor // Clin Psychol Rev. – 2015. – Vol. 38. – P. 39-54.

96. Weinberg M. Dispositional optimism and self-esteem as competing predictors of acute symptoms of generalized anxiety disorders and dissociative experiences among civilians

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

exposed to war trauma / M. Weinberg, A. Besser, V. Zeigler-Hill, Y. Neria // Psychol Trauma. – 2015. – Vol. 7, № 1. – P. 34-42.

97. Rapee R.M. Nature and psychological management of anxiety disorders in youth / R.M. Rapee // J Paediatr Child Health. – 2015. – Vol. 51, № 3. – P. 280-4.

98. Oelze C. Bestimmung Zentraler Beziehungskonfliktthemen (nach Luborsky) bei Patienten mit generalisierter Angststörung Vergleich der Qualität unterschiedlicher Auswertungsmethoden und Therapieverfahren. [Assessment of core conflictual relationship themes (based on Luborsky) involving patients with generalized anxiety disorder. Comparison of the quality of different types of evaluation concepts and therapy]: Doctoral thesis: date of examination: 2013-05-13. Date of issue: 2013-05-13 / Christiane Oelze; Medical Faculty of the George-August University in Göttingen. – Göttingen, 2012. – 100 s.

99. Ciaglia D. The psychotherapy of drug dependence: changes in core conflictual relationship themes: Doctor of Psychology thesis / Danielle Ciaglia; School of Psychology, University of Wollongong. – Wollongong, 2010. – 111 p.

100. Crits-Christoph P. Interpersonal accuracy of interventions and the outcome of cognitive and interpersonal therapies for depression / P. Crits-Christoph, M.B. Gibbons, C.M. Temes, I. Elkin, R. Gallop // J Consult Clin Psychol. – 2010. – Vol. 78, № 3. – P. 420-8.

101. Reiff M. Childhood abuse and the content of adult psychotic symptoms / M. Reiff, D.M. Castille, K. Muenzenmaier, B. Link // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. – 2012. – Vol. 4, № 4. – P. 356-369.

102. Hackett S.S. The core conflictual relationship theme (CCRT) method: testing with adult offenders who have intellectual and developmental disabilities / S.S. Hackett, J. Porter, J.L. Taylor // Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities. – 2013. – Vol. 7, № 5. – P. 263-271.

103. Vanheule S. Alexithymia and core conflictual relationship themes: a study in a chronically fatigued primary care population / S. Vanheule, J. Vandenbergen, M. Desmet, Y. Rosseel, R. Insleghers R. // Int J Psychiatry Med. – 2007. – Vol. 37, № 1. – P. 87-98.

104. Vandenbergen J. Unexplained chronic fatigue and core conflictual relationship themes: A study in a chronically fatigued population / J. Vandenbergen, S. Vanheule, Y. Rosseel, M. Desmet, P. Verhaeghe // Psychol Psychother. – 2009. – Vol. 82, Pt 1. – P. 31-40.

105. Faramarzi M. A randomized controlled trial of brief psychoanalytic psychotherapy in patients with functional dyspepsia / M. Faramarzi, P. Azadfallah, H.E. Book, K.R. Tabatabaei, H. Taheri, J. Shokri-shirvani // Asian J Psychiatr. – 2013. – Vol. 6, № 3. – P. 228-34.

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО
ЛНМУ ім.Данила Галицького

106. Faramarzi M. The effect of brief core conflictual relationship theme (CCRT) psychoanalytic psychotherapy in improvement of gastrointestinal symptoms and conflict resolution styles in patients with functional dyspepsia / M. Faramarzi, P. Azadfallah, H.E. Book, K. Rasoolzadeh Tabatabaie, J. Shokry Shirvani // Journal of Clinical Psychology. – 2012. – Vol. 3, № 4 (12). – P. 1-13.

107. Von Wietersheim P. J. Attachment in AAP episodes and family relationships in CCRT-LU narratives of patients with bulimia nervosa and healthy controls / P.J. von Wietersheim, K. Holzinger, X. Zhou, D. Pokorny // Journal of Psychosomatic Research. – 2014. – Vol. 76. – P. 519-519.

108. Tellides C. The manifestation of transference during early psychotherapy sessions / C. Tellides, M. Fitzpatrick, M. Drapeau, R. Bracewell, J. Janzen, A. Jaouich // Counselling and Psychotherapy Research. – 2008. – Vol. 8, № 2. – P. 85-92.

109. Tishby O. Types of countertransference dynamics: an exploration of their impact on the client-therapist relationship / O. Tishby, H. Wiseman // Psychother Res. – 2014. – Vol. 24, № 3. – P. 360-75.

110. Tishby O. Countertransference in the treatment of adolescents and its manifestation in the therapist-patient relationship / O. Tishby, M. Vered // Psychotherapy Research. – 2011. – Vol. 21, № 6. – P. 621-630.

111. Hamilton J. Therapists' projection: the effects of therapists' relationship themes on their formulation of clients' relationship episodes / J. Hamilton, D.M. Kivlighan // Psychother Res. – 2009. – Vol. 19, № 3. – P. 312-22.

112. Bourke M.E. Psychotherapists' response to borderline personality disorder: a core conflictual relationship theme analysis / M.E. Bourke, B.F. Grenyer // Psychother Res. – 2010. – Vol. 20, № 6. – P. 680-91.

113. Sommerfeld E. An in-session exploration of ruptures in working alliance and their associations with clients' core conflictual relationship themes, alliance-related discourse, and clients' postsession evaluations / E. Sommerfeld, I. Orbach, S. Zim, M. Mikulincer // Psychother Res. – 2008. – Vol. 18, № 4. – P. 377-88.

114. Zilcha-Mano, S. To what extent is alliance affected by transference? An empirical exploration / S. Zilcha-Mano, K.S. McCarthy, U. Dinger, J.P. Barber // Psychotherapy. – 2014. – Vol. 51, № 3. – P. 424-433.

115. Samardžić L. Transference patterns and working alliance during the early phase of psychodynamic psychotherapy / L. Samardžić, G. Nikolić // Vojnosanit Pregl. – 2014. – Vol. 71, № 2. – P. 175-182.

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

116. Jarry J.L. Core conflictual relationship theme – guided psychotherapy: Initial effectiveness study of a 16-session manualized approach in a sample of six patients / J.L. Jarry // Psychol Psychother. – 2010. – Vol. 83, № 4. – P .385-94.

117. Slonim D.A. Changes in rigidity and symptoms among adolescents in psychodynamic psychotherapy / D.A. Slonim, G. Shefler, S.D. Gvirsman, O. Tishby // Psychother Res. – 2011. – Vol. 21, № 6. – P. 685-97.

118. Slonim D.A. Adolescents in psychodynamic psychotherapy: changes in internal representations of relationships with parents / D.A. Slonim, G. Shefler, N. Slonim, O. Tishby // Psychother Res. – 2013. – Vol. 23, № 2. – P. 201-17.

119. Atzil-Slonim D. Internal Representations of the Therapeutic Relationship Among Adolescents in Psychodynamic Psychotherapy / D. Atzil-Slonim, O. Tishby, G. Shefler // Clin Psychol Psychother. – 2014. [Epub ahead of print]

120. Atzil-Slonim D. Relationship representations and change in adolescents and emerging adults during psychodynamic psychotherapy / D. Atzil-Slonim, H. Wiseman, O. Tishby // Psychother Res. – 2015. – Vol. 3. – P. 1-18.

121. Loughead J.W. Brain activation during autobiographical relationship episode narratives: a core conflictual relationship theme approach / J.W. Loughead, L. Luborsky, C.P. Weingarten et al. // Psychother Res. – 2010. – Vol. 20, № 3. – P. 321-36.

122. Khomenko Y.H. Features of narrative analysis use in the study of interactions / Y.H. Khomenko. Ukrainian: (Хоменко Є.Г. Особливості використання наративного аналізу для дослідження взаємодії / Є.Г. Хоменко // Психологія і особистість. – 2014. – № 1 (5). – С. 100-111). Артемчук А.П. Проблема коморбізму алкогольної хвороби та клініко-патогенетичне обгрунтування комплексних терапевтичних програм : автореф. дис. на здобуття наук.ступеня докт. мед.наук : спец.14.01.17 «Наркологія». – Київ, 2005. – 49 с.

123. Белинская М.К. Клиника, диагностика и особенности лечения шизофрении на фоне наркотической зависимости : автореф.дис на соискание ученной степени канд.мед.наук.-Харьков,1992.-20с.

124. Гофман А.Г. О качестве жизни больных алкоголизмом на разных этапах болезни/ А.Г.Гофман // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2006. -№ 5. - С. . 22-33.

125. Гуревич Г.Л. Аффективные расстройства и зависимость от алкоголя: клиника, диагностика, терапія: автореф.дис. на соискание учен.степени канд..мед.наук.-М.,2005.-21с.

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

126. Дослідження з етіології, профілактики та лікування хімічних залежностей: конспекти основних статей. Частина 1. посібник /Кол. авт.; За заг. ред. доцента О.О. Сердюка та В.В. Бурлаки. -Харків : Діса плюс, 2015. -478 с.

127. Приб Г.А. Злоупотребление алкоголем больными параноидной шизофренией как реакция "неадекватной адаптации" и его влияние на социальное функционирование/ Г.А. Приб // Архів психіатрії. – 2001. – №4. – С. 144-148.

128. Приб Г.А. Выполнение социальных ролей больными параноидной шизофренией, сочетающейся с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя, как предиктор социальной дезадаптации / Г.А. Приб // Архів психіатрії. – 2002. – №1. – С. 71-76.

129. Приб Г.А. Социальное функционирование больных параноидной шизофренией, сочетающееся с употреблением алкоголя с вредными последствиями или с синдромом зависимости от алкоголя/ Г.А. Приб // Архів психіатрії. – 2002. – №2. – С. 39-43.

130. Сосін І. К. Інтеграція медичної психології та наркології (на моделі стресопсихотерапії алкогольної залежності) / І. К. Сосін, О. С. Слабунов, Ю. Ф. Чуєв //Медична психологія, 2009.- № 4.-С.84-87.

131. Чугунок В. В. Сучасні уявлення про диференційну діагностику шизофреноподібного розладу внаслідок уживання психоактивних речовин / В. В.Чугунок , І. Ф. Пірогов //Запоріжський мед.журнал.-2014.-№ 4.- С.77-81.

132. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства.-М.:Медицина,1987.-304с.

133. Cannabis and schizophrenia / S. Andreasson, P. Allebeck, A. Engstrom, U. Rydberg // Lancet. – 1987. – № 1. – P. 1483–1486.

134. Khantzian E.J. The self-medication hypothesis revisited: The dually diagnosed patient / E.J. Khantzian // Primary Psychiatry. –2003. – № 10. – P. 47–48.

135. Martin Fortin Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settngs/ Martin Fortin // Bmj.-2012.-Vol.9.-P.203-215.

136. Schukit M. Alcoholism, anxiety and depression / M.Schukit, M.Monteiro //Br J Addict.-1988.-Vol. 83.-P.1373-1380.

Можливості та перспективи методу центральної теми конфліктних стосунків (ЦТКС) у психотерапевтичних дослідженнях / К. Албані, М. Гайєр, Д. Покорні, Г. Кехелє // Форум психіатрії та психотерапії. – 2004. – Т. 5. – С. 41–52.

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

137. Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and PracticeBased Evidence / R. A. Levy, J. S. Ablon, H. Kaechele, Eds. – New York : Humana Press, 2012. – 646 p.

138. Changes in rigidity and symptoms among adolescents in psychodynamic psychotherapy / D. A. Slonim, G. Shefler, S. D. Gvirsman, O. Tishby // Psychother.Res. – 2011. – Vol. 21, № 6. – P. 685–697.

139. Jarry J. L. Core conflictual relationship theme – guided psychotherapy: Initial effectiveness study of a 16-session manualized approach in a sample of six patients / J. L. Jarry // Psychol Psychother. – 2010. – Vol. 83, № 4. – P. 385–394.

140. The effect of brief core conflictual relationship theme (CCRT) psychoanalytic psychotherapy in improvement of gastrointestinal symptoms and conflict resolution styles in patients with functional dyspepsia / M. Faramarzi,P. Azadfallah, H. E. Book [et al.] // Journal of Clinical Psychology. – 2012. – Vol. 3,№ 4 (12). – P. 1–13.

141. Reformulation of the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) Categories: the CCRT-LU Category System / H. Kachele, C. Albani, D. Pokorny [et al.] // Psychother.Research. – 2002. – Vol. 12, issue 3. – P. 319–338.

142. Фільц О. О. Метод центральної теми конфліктного стосунку як метод доказового вивчення ефективності психотерапії / О. О. Фільц, О. Л. Лизак // Архів психіатрії. – 2010. – Т. 3–4. – С. 73–76.

143. Лизак О. Л. Застосування методу RAP-інтерв'ю для оцінки конфліктних стосунків пацієнтів у психотерапії / О. Л. Лизак, О. О. Фільц. // Психічне здоров'я. –2012. – № 1 (34). – С. 69–74.

144. Luborsky L. Understanding Transference: the Core Conflictual Relationship Theme Method / L. Luborsky, P. Crits-Christoph. – 2nd Edition [Rev. And expanded]. – Washington, D.C. : American Psychological Association, 1998. –379 p.

145. Coder agreement using the German edition of Luborsky's CCRT method in videotaped or transcribed RAP interviews / B. Zander, M. Strack, M. Cierpka [et al.] // Psychotherapy Research. – 1995. – Vol. 5, issue 3. –P. 231–236.

146. Luborsky L. A novel CCRT reliability study: Reply to Zander et al. / L. Luborsky, L. Diguer // Psychotherapy Research. – 1995. – Vol. 5, issue 3. – P. 237–241.

147. Benjamin L. S. Structural analysis of social behavior / L. S. Benjamin // Psychol. Bulletin. – 1974. – Vol. 81, no. 5. – P. 392–425. Режим доступу: http://web.comhem.se/u22779327/14/Benjamin74.pdf (дата звернення: 27.11.2016).

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

148. Bowlby J. Attachment and Loss: Attachment / J. Bowlby. – New York : Basic Books, 1969. – Vol. 1.14. Bowlby J. Attachment and Loss: Separation / J. Bowlby. – New York : Basic Books,1973. – Vol. 2.

149. Bowlby J. Attachment and Loss: Loss, sadness and depression / J. Bowlby. – New York : Basic Books, 1980. – Vol. 3.

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького

150. Фільц О. О. Метод теми центрального конфлікту стосунків (інформаційне повідомлення) / О. О. Фільц, О. Л. Лизак // Форум психіатрії та психотерапії. –2003. – Т. 4. – С. 14–15.

кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ ім.Данила Галицького