

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ
ПСИХІАТРІЇ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

ЧЕЛЯДИН ЮЛІЯ ЯРОСЛАВІВНА

УДК: 616.89-008.441.1-085.214:615.851

**ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ
З ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИМ РОЗЛАДОМ**

14.01.16 – психіатрія

222 – медицина

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Київ – 2019

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Національній медичній академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Науковий керівник

доктор медичних наук, професор **Пилягіна Галина Яківна**, Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, завідувач кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології

Офіційний опоненти:

доктор медичних наук, професор, **Дзеружинська Наталія Олександрівна**, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, кафедра психіатрії та наркології, професор;

доктор медичних наук, професор, **Коростій Володимир Іванович**, Харківський національний медичний університет МОЗ України, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, професор.

Захист дисертації відбудеться «14» травня 2019 р. о 10 годині на засіданні Спеціалізованої вченої ради К 26.620.01 в Державній установі «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України» за адресою: 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 103

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці в Державній установі «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України» за адресою: 04080, м. Київ, вул. Кирилівська, 103

Автореферат розісланий « ____ » квітня 2019 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради,
кандидат медичних наук, с.н.с.



О. П. Олійник

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Проблема обсессивно-компульсивного розладу (ОКР) нині досить актуальна, так як лікування хворих даної категорії залишається складним завданням (Костюченко С. А., 2013; Романчук О. І., 2011). Поширеність ОКР складає від 1,9 до 3,3 % населення (Torres A. R., Lima M. C., 2005; Fontenelle L. F., 2006). Як правило, початок його розвитку – це підлітковий та молодий вік (Марценковський І. А., Дубовик К. В., 2017; Rasmussen S.A., Eisen J. L., 1991), що значно погіршує соціальну адаптацію пацієнтів – ускладнює навчання, набуття соціальних навичок та ін. Специфічність симптоматики цього розладу (сприйняття власних нав'язливих думок як ознаки «ненормальності») змушує людину приховувати симптоми, і тому звернення за допомогою до психіатра часто є запізнлим – в середньому до 7,5 років після появи перших симптомів ОКР.

Поширеність цього розладу обґрунтовує потребу в оптимальній терапії. Важкі форми ОКР можуть протікати тривалий час (до 20 років) і бути резистентними до терапії. При медикаментозному лікуванні поліпшення вдається досягти в 66 % випадків, але вже протягом 3 наступних років даний показник знижується на 15 % (Марута Н. О., 2013).

Нині психосоціальна терапія і реабілітація є невідкладною частиною психіатричної допомоги та розглядаються як самостійний лікувально-реабілітаційний напрямок в психіатрії (Дзеружинська Н. О., 2009; Bustillo J. R. et al., 2001). Застосування психосоціальних лікувально-реабілітаційних заходів на всіх етапах психіатричної допомоги поряд з адекватною психофармакотерапією є однією з актуальних задач сучасної психіатрії (Коростій В. І., 2011; Краснов В. Н. и соавт., 2007; Hemsley D., Murray R. M., 2000).

Саме частота захворювання, важкість симптоматики, часта хронізація і наступна інвалідизація підкреслюють соціальну і клінічну значущість нових досліджень щодо обсессивно-компульсивної симптоматики (ОКС) (Abramovitch A., Abramovitz J. S., 2013).

Таким чином, незважаючи на достатню кількість робіт, що присвячено вивченню ОКР, подальшого вирішення потребує питання клінічної типології, а також зв'язані з цим задачі поліпшення діагностики, визначення та впровадження ефективної комплексної терапії і заходів медико-соціальної реабілітації пацієнтів з ОКС. А саме, визначення типології ОКС необхідно для розробки індивідуальної програми комплексного лікування (ПКЛ), а саме диференційованого поєднання психофармакотерапії (ПфТ) і психотерапії (ПсТ) у кожному випадку – це дозволить редукувати клінічні прояви захворювання та підвищити ефективність лікувального втручання.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота була виконана в рамках НДР кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика: «Поетапна медико-соціальна реабілітація осіб з довготривалими психічними захворюваннями» (№ державної реєстрації 0114U002219, термін виконання 2014-2018 роки).

Мета дослідження – на основі вивчення клініко-психопатологічних особливостей ОКР та типологічних варіантів ОКС, розробити диференційовану ПКЛ цих хворих та оптимізувати підходи до їх психосоціальної реабілітації.

Для вирішення поставленої мети було сформовано такі **задачі**:

1. Дослідити клініко-психопатологічні особливості хворих з ОКР.
2. Вивчити особливості якості життя досліджуваних, захисні механізми та копінг-стратегії у цих пацієнтів.
3. Визначити та доказово обґрунтувати клінічну типологію ОКС.
4. Науково обґрунтувати та розробити систему психотерапевтичних заходів в комплексному лікуванні хворих з ОКР та шизотиповим розладом з домінантною обсесивно-компульсивною симптоматикою (ШтР з ОКС).
5. Розробити диференційовану ПКЛ з урахуванням клініко-психопатологічних особливостей та клінічної типології ОКС.
6. Визначити ефективність застосування ПКЛ у хворих з ОКР та ШтР з ОКС.
7. Розробити алгоритм маршруту пацієнтів з ОКС, згідно з застосованою диференційованою рецептурою діагностики хворих та застосованої ПКЛ.

Об'єкт дослідження – обсесивно-компульсивний розлад.

Предмет дослідження – клініко-психопатологічні особливості та динаміка розвитку ОКР, якість життя і особливості соціальної підтримки цих пацієнтів, їх лікування та реабілітація.

Методи дослідження: клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, катамнестичний, статистичний.

Наукова новизна одержаних результатів. Уперше в Україні на основі вивчення клініко-психопатологічних особливостей ОКР та визначення типологічних варіантів ОКС була розроблена диференційована ПКЛ хворих з даним розладом та оптимізовані підходи до їх лікування і психосоціальної реабілітації.

Уперше на основі визначення диференціальної типології ОКС було науково обґрунтовано та розроблено ПКЛ хворих з ОКС при різній нозологічній приналежності як комбіновану систему ПфТ та ПсТ. Саме розширення клінічних уявлень про типологію та реєстри ОКС, а також доцільність їх врахування у терапії, дозволило підвищити ефективність лікувально-реабілітаційних заходів щодо хворих з даним розладом.

Практична значущість одержаних результатів. Отримані дані дозволяють впровадити диференційований підхід у діагностиці ОКС та застосування ПКЛ для цих хворих. Вона є конкретною та доступною для застосування при наданні психіатричної та психотерапевтичної допомоги. Було доведено, що оптимізація лікування ОКР та ШтР з ОКС полягає у застосуванні ПКЛ, а саме, в специфіці ПфТ в залежності від реєстру та типології ОКС. Уперше розроблена та впроваджена в практику фокусна диференційована ПсТ в залежності від типів ОКС.

Диференційована ПКЛ для хворих з ОКР та ШтР з ОКС на основі типологічних варіантів даного розладу впроваджено в практичну роботу ТМО «Психіатрія» в м. Києві та Обласної психоневрологічної лікарні № 3 м. Івано-Франківськ, Клініку професійних захворювань ДУ «Інститут медицини праці імені Ю. І. Кундієва Національної академії медичних наук України».

Результати вивчення диференційованої діагностики і застосування ПКЛ хворих з ОКР та ШТР з ОКС включені в програму навчальних циклів для психіатрів, психотерапевтів та лікарів-психологів на кафедрах психіатрії, психотерапії та медичної психології, а також загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, кафедрі психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця м. Київ, кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології Івано-Франківського національного медичного університету.

Особистий внесок здобувача. Усі положення, висновки, рекомендації, що містяться у дисертаційній роботі, мають науково високий ступінь обґрунтованості та достовірності. Робота виконана на сучасному науково-методичному рівні із застосуванням принципів доказової медицини. Автором особисто проведено інформаційно-патентний пошук, аналіз та узагальнення даних спеціальної сучасної літератури, самостійно обстежено 165 хворих, проведено усі клінічні та психодіагностичні дослідження. Особисто систематизовано отримані дані, узагальнено результати дослідження. Статистичний аналіз результатів проведений на сучасному рівні, коректно, за допомогою стандартних програм статистичного аналізу. Написано всі розділи роботи, сформульовано висновки та практичні рекомендації, підготовлено до друку наукові праці, впроваджено результати наукових розробок.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертаційної роботи доповідались і обговорювались на засіданнях кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології НМАПО імені П. Л. Шупика та засіданнях наукового товариства психіатрів «Клінічні розбори» (Київ, ТМО «Психіатрії» в м. Києві, 2017), а також на Національних з'їздах, конгресах, симпозиумах, науково-практичних конференціях державного рівня: Національному з'їзді нейропсихофармакології (ЕСНР, м. Одеса, 2015); X Національному конгресі «Людина та ліки» (м. Київ, 2017); конгресі з медичної та психологічної реабілітації «Med & psy Rehab» (м. Київ, 2017); Національному симпозиумі Європейської ради з акредитації для продовження медичної освіти. Українська психіатрія у швидко мінливому світі (м. Київ, 2018); науково-практичній конференції з міжнародною участю, присвяченій 90-річчю кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології НМАПО імені П. Л. Шупика «Психіатрія сьогодні: шляхи розвитку та інтеграції» (м. Київ, 2017); XIX міжнародному «Тиждень освіти дорослих» в Україні (м. Київ, 2018); міжнародній науково-практичній конференції «Психологічні виміри розвитку сучасної освіти України в умовах євроінтеграції» з нагоди 20-річчя кафедри практичної психології (м. Тернопіль, 2018).

Публікації. Основні результати дисертаційної роботи викладені у 16 публікаціях, зокрема 5 статтях в наукових фахових виданнях України, виданий 1 інформаційний лист, 1 підрозділ у закордонній монографії, 5 статей у закордонних виданнях, 4 – в тезах та збірниках наукових конференцій, у тому числі іноземній.

Структура та обсяг дисертації. Робота складається із змісту, вступу, аналітичного огляду літератури, чотирьох розділів власних досліджень, аналізу та узагальнення результатів, висновків, практичних рекомендацій, переліку використаної літератури.

Дисертацію викладено на 156 сторінках тексту комп'ютерного набору, з яких основний текст складає 106 сторінок, та проілюстровано 35 таблицями, 7 рисунками. Список використаних джерел становить 183, з яких 78 – мовами з кириличною символікою та 105 – мовами з латинською символікою.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Дизайн дослідження та загальна характеристика контингентів та методів. На базі ТМО «Психіатрія» у м. Києві та кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології НМАПО імені П.Л. Шупика протягом 2009–2017 років було обстежено 165 пацієнтів з ОКС, що відповідав критеріям ОКР та ШТР з ОКС.

Для уникнення похибок, пов'язаних з некоректною оцінкою психічного стану, з дослідження були виключені хворі з захворюванням нервової системи, пацієнти з узалежненою поведінкою від психоактивних речовин, наявність в анамнезі черепно-мозкових травм та хронічних соматичних захворювань. Дослідження проводилось за умови інформованої згоди пацієнтів з дотриманням принципів біоетики та деонтології. Усі хворі поступали до психіатричної лікарні та проходили амбулаторне обстеження у стабільному соматичному стані й пройшли соматоневрологічне обстеження. Середній вік обстежених – $32,5 \pm 11,0$ років: чоловіків $31,0 \pm 9,4$ років, жінок $32,9 \pm 12,7$ років, розбіжності у вікових характеристиках чоловіків і жінок є статистично незначущими ($p > 0,05$). Тривалість захворювання від 3 до 37 років, в середньому $14,3 \pm 7,6$ років.

Програмно-цільова організація дисертаційного дослідження зумовлювала чітку етапність та послідовність його виконання. Дизайн дослідження передбачав декілька етапів: скринінгу, формування груп дослідження з ОКС при різних нозологіях і клініко-типологічних підгруп задля оцінювання результатів застосування ПКЛ до- та після- лікування (рис. 1).

Статистична обробка даних здійснена за допомогою програми «SPSS 16.0» та «Excel» з пакету «Microsoft Office 2003».

На першому етапі проводився скринінг 165 пацієнтів з симптомами ОКР. За допомогою критеріїв МКХ-10 ми сформували дві групи. Перша група, до якої ввійшло 96 пацієнтів (58,2 %) з діагнозом ОКР (F42) і було названо групу – F42. Друга група, що включила 69 пацієнтів (41,8 %), у яких був діагностований ШТР з ОКС, яку позначили як групу F21 (рис. 2).

Вивчення особливостей симптоматики ОКС проводилось за допомогою: клінічної шкали обсесій та компульсій Йель-Брауна (Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale and Symptom Checklist) (Y-BOCS), що дозволило оцінити важкість перебігу ОКР; госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS); шкали оцінки якості життя (Чабан О.С., 2008) (ОЯЖ); багатомірної шкали сприйняття соціальної підтримки (D. Zimet, 1988) (MSPSS); опитувальника «Індекс життєвого стилю» («Life Style Index», Р. Плутчик – Г. Келлерман – Х. Р. Конте, 1979) (ІЖС), методики «Психологічна діагностика стратегії долаючої поведінки» (Р. Лазарус, 2004) (СДП). Отримані дані патопсихологічного дослідження, згідно з вище названими опитувальниками, порівнювалися в групах F42 та F21 на день першого обстеження.

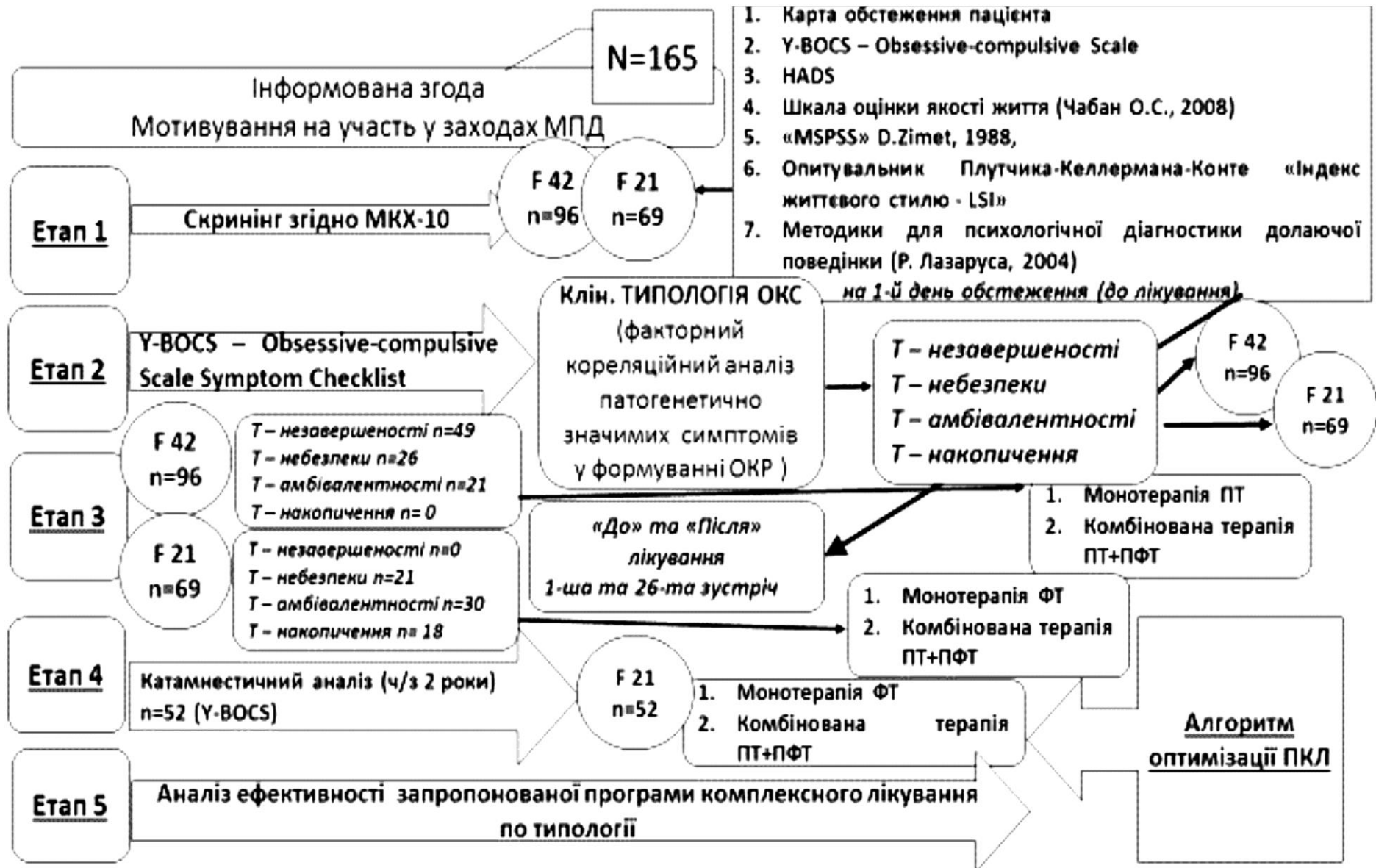


Рис. 1. Етапи та дизайн дисертаційного дослідження

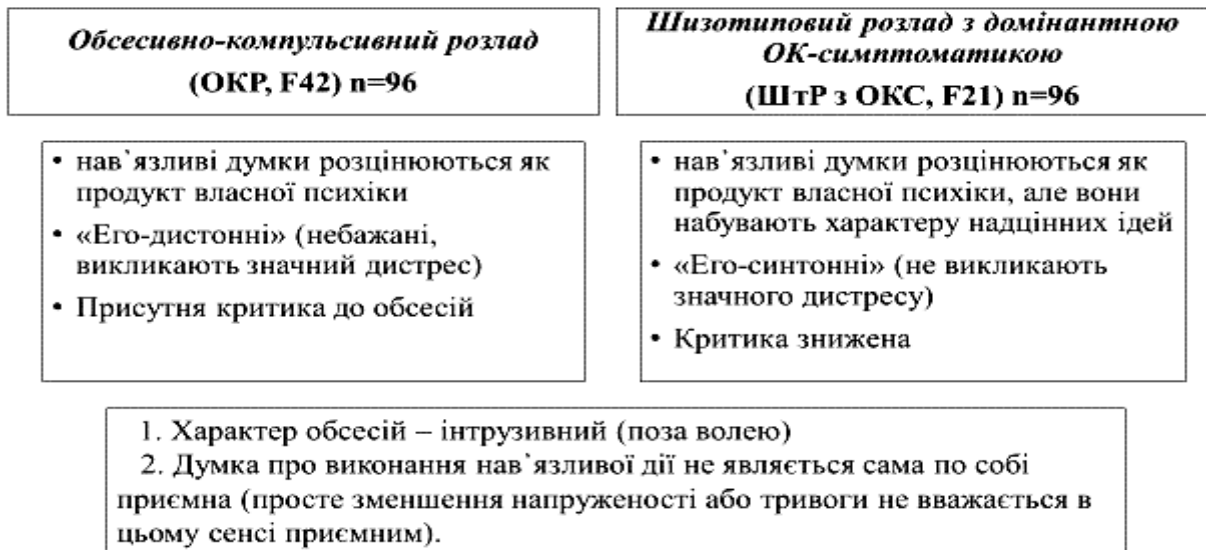


Рис. 2. Розподіл пацієнтів згідно з МКХ-10

На другому етапі дослідження за допомогою факторного кореляційного аналізу було виділено 4 типи ОКС.

На третьому етапі дослідження обстежені хворі були розподілені на терапевтичні групи: група F42 та група F21. Пацієнти групи F42 отримували або монотерапію (МоноТ) – а саме, ізольовану ПсТ, або комбіновану терапію (КомбТ) – комбінацію ПсТ та ПфТ. Пацієнти групи F21 отримували ПфТ як МоноТ; а також КомбТ, яка включала ПсТ та ПфТ. На даному етапі здійснювалося порівняння терапевтичних підгруп за допомогою визначених шкал на початку та наприкінці лікування (на першій та на двадцять шостій сесіях).

Четвертий етап дослідження включив катамнестичний аналіз результативності лікування пацієнтів групи F21, які перебували на КомбТ та МоноТ.

П'ятий етап включив аналіз ефективності запропонованої ПКЛ хворих з різною типологією ОКС.

Результати дослідження та їх обговорення. У соціальних характеристиках (сімейний стан, рівень освіти, зайнятість тощо) між групами статистично достовірних відмінностей не виявлено.

При вивченні клініко-психопатологічних особливостей ОКС в досліджуваних групах виявлено наступне. Оцінюючи показники важкості перебігу ОКС (за клінічною шкалою Y-BOCS) у групах F42 та F21, виявлено, що важкість перебігу ОКР у групі F42 до початку лікування характеризувалася помірним ступенем важкості, натомість у групі F21 переважали помірний та тяжкий ступені перебігу.

Клінічний рівень тривоги та депресії (за шкалою HADS) достовірно частіше зустрічався в групі F42, ніж у групі F21 ($p=0,001$). Тоді як, у пацієнтів групи F21 значно частіше фіксувався субклінічний рівень депресії в порівнянні з групою F42 (на 20,1 %, $p=0,004$). Менший рівень тривоги та депресії у групі пацієнтів F21, ніж у групі пацієнтів F42, пояснюється зниженою критикою до свого стану.

Патопсихологічне дослідження хворих довело різницю у психологічному підґрунті формування ОКС в групах F42 та F21. Так, згідно з шкали ОЯЖ, 55,1 % пацієнтів групи F21 мали середній рівень якості життя, тоді як 60,4 % пацієнтів групи F42 оцінювали її як низьку ($p=0,001$).

Дані опитування за шкалою MSPSS: 68,8 % пацієнтів в групі F42 відчували підтримку сім'ї та у 27,1 % випадків – підтримку друзів, натомість 49,3 % пацієнтів в групі F21 знаходили підтримку тільки в колі сім'ї.

Тестування хворих за шкалою ІЖС довело, що при різних реєстрах психопатологічних порушень у хворих актуалізуються зовсім різні механізми психологічного захисту. А саме, для пацієнтів групи F42 були притаманні більш зрілі варіанти захисної структури ($p < 0,05$): реактивне утворення (68,8 %), раціоналізація (59,4 %) та витіснення (75 %). Тоді як для пацієнтів групи F21 характерними були інші стилі захисних механізмів ($p < 0,05$): регресія (58 %), заміщення (62,3 %), витіснення (60,9 %) та реактивне утворення (37,7 %). Спільними для обох груп були такі механізми захисту, як витіснення та реактивне утворення.

За даними тестування, згідно шкали СДП, в групі F42 переважали копінг-стратегії, спрямовані на зниження емоційного дискомфорту ($p < 0,05$): дистанціювання (54,2 %), самоконтроль (67,7 %), пошук соціальної підтримки (44,8 %). Тоді як в групі F21 з достовірною різницею ($p < 0,05$) домінували такі копінг-стратегії, як самоконтроль (73,9 %) та втеча-уникнення (55,1 %).

Визначення клінічної типології ОКС було базовим завданням нашого дослідження (табл. 1).

Таблиця 1

Факторні навантаження квартімакс-обертання даних за шкалою Y-BOCS для визначення компонент ОКС серед обстежених пацієнтів

Симптоми	Факторні навантаження/типи ОКС n=165			
	Компонента 1 (Т-незавершеності)	Компонента 2 (Т-уникнення)	Компонента 3 (Т-амбівалентності)	Компонента 4 (Т-накопичення)
Обсесії симетрії та порядку	0,643	0,327	0,186	0,320
Обсесії забруднення	0,148	0,732	0,050	-0,203
Агресивні думки	0,022	0,268	0,757	0,034
Обсесії іпохондричного змісту	-0,379	0,535	0,016	0,257
Обсесії сексуального змісту	0,190	0,076	0,706	-0,210
Обсесії релігійного змісту	-0,053	0,653	0,130	-0,378
Обсесії дисморфофобічного змісту	-0,013	0,048	0,786	-0,068
Обсесії інші	0,044	-0,012	0,085	0,814
Компульсії симетрії та порядку	0,793	0,202	0,078	-0,034
Ритуали повторення	0,748	0,353	0,108	0,131
Компульсії очищення	0,264	0,581	-0,347	-0,335
Компульсивні перевірки	0,192	0,761	-0,008	0,205
Компульсивні невротичні екскація	0,080	-0,006	0,640	0,090
Компульсії збирання та колекціонування	0,099	0,210	-0,137	0,792

Аналіз головних компонент та багатомірних регресій дозволив виявити і описати зв'язки окремих клінічних параметрів, що є специфічними для кожного типу ОКС. За результатами, згідно шкали Y-BOCS з переліку симптомів та їх оцінок для кожного хворого були виділені 14 головних факторів. Квартімакс процедура, як

методологічна основа проведеного аналізу, оцінюючи вагомість окремих симптомів у формуванні факторних навантажень, дозволила чітко розподілити фактори за наборами специфічних симптомів, які мають високі кореляційні зв'язки за кожною з виділених чотирьох компонент (набору певних факторів), що можна було інтерпретувати як окремі типи ОКС.

У зв'язку з тим, що ми досліджували дві групи пацієнтів: з ОКР та з ШТР з ОКС, нами проведено аналогічний факторний аналіз в межах кожної групи з метою визначення специфічності розподілу факторів (компонент) і ваги окремих симптомів в кожній групі.

Для пацієнтів з ОКР групи F42 значимими були перші 3 компоненти, тобто типи ОКС: Т-незавершеності, Т-уникнення та Т-амбівалентності. Для Т-незавершеності найбільшу вагу мали симптоми компульсії симетрії та порядку ($r=0,895$), ритуали повторення ($r=0,637$), обсесії симетрії та порядку ($r=0,526$). Т-уникнення виявляв найбільш вагомий зв'язок з наступними симптомами (в ранговому порядку): компульсивні перевірки ($r=0,802$), обсесії забруднення ($r=0,781$), обсесії релігійного змісту ($r=0,646$), обсесії іпохондричного змісту ($r=0,589$) та компульсії очищення ($r=0,511$). Для Т-амбівалентності характерним був сильний кореляційний зв'язок з наявністю обсесій сексуального змісту ($r=0,814$), обсесії дисморфофобічного змісту ($r=0,813$) та агресивних думок ($r=0,686$). Дещо менш вагомим для цієї групи, проте також значимим є симптом компульсивних невротичних екскоріацій ($r=0,532$). Важливим результатом стало те, що для пацієнтів групи F42 зовсім нехарактерними є кореляційний зв'язок симптомів з компонентом 4 – а саме, з Т-накопичення. Таким чином було доведено, що цей тип не є притаманним для пацієнтів з ОКР (рис. 3).

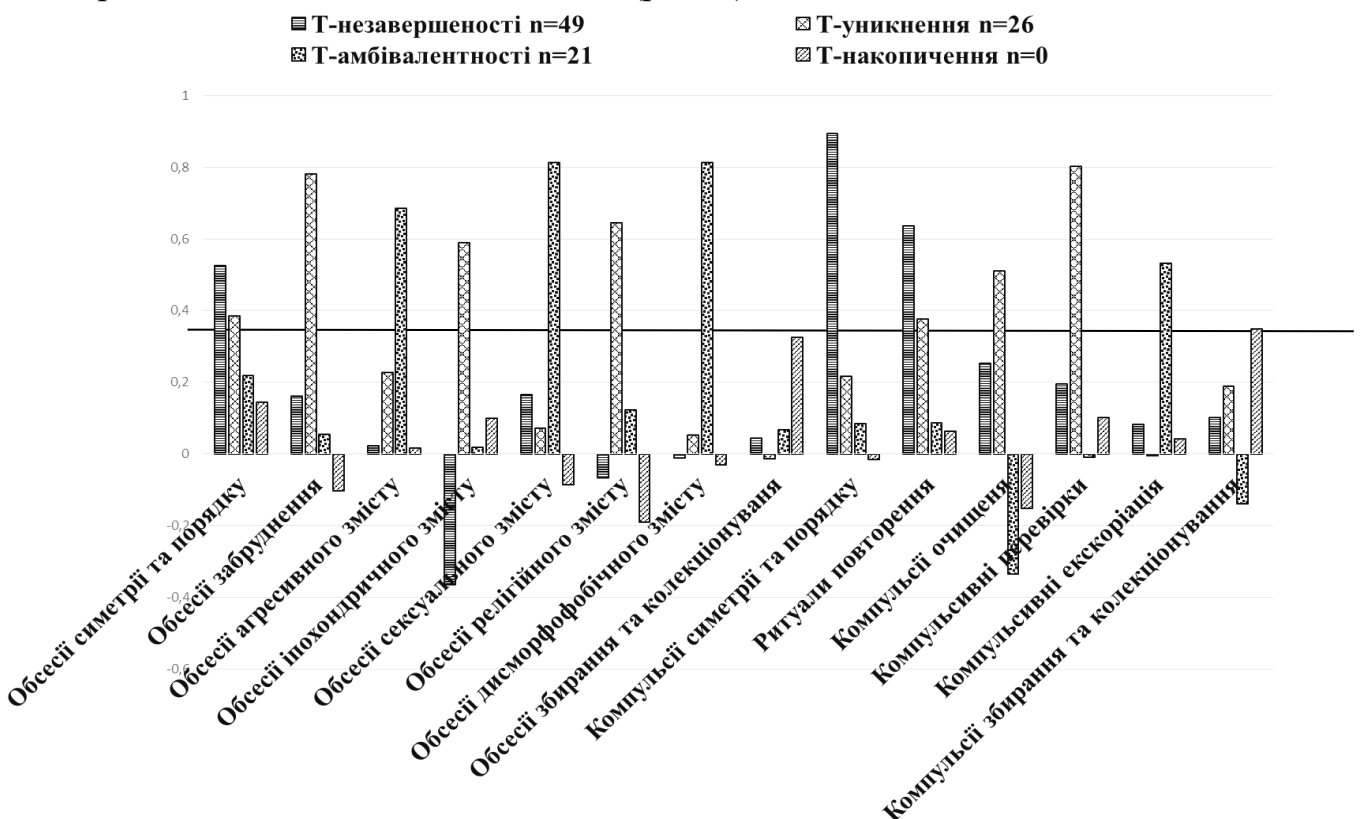


Рис. 3. Факторні навантаження квартімекс-обертання даних за шкалою Y-BOCS в групі F42

Дані процедури квартімакс-обертання в групі F21. Вони свідчать, що значимими для цієї групи компоненти 2, 3, 4: Т-уникнення, Т-амбівалентності та Т-накопичення. В ОКС в цієї групі пацієнтів зникають будь які кореляційні зв'язки симптомів компонентою 1, що свідчить про не характерність Т-незавершеності для досліджуваних даної групи. Так, в групі F21 Т-уникнення виявляв найбільш вагомий зв'язок з такими симптомами: компульсивні перевірки ($r=0,874$), обсессії забруднення ($r=0,692$), обсессії релігійного змісту ($r=0,514$), обсессії іпохондричного змісту ($r=0,581$) та компульсії очищення ($r=0,569$). Для Т-амбівалентності був характерний сильний кореляційний зв'язок з наявністю обсессій сексуального змісту ($r=0,721$), обсессій дисморфофобічного змісту ($r=0,753$), агресивних думок ($r=0,735$) та симптомів компульсивних невротичних ексцоріацій ($r=0,534$). Для Т-накопичення найбільшу вагу мали симптоми компульсії збирання і колекціонування ($r=0,750$) та інші обсессії ($r=0,797$) (рис. 4).

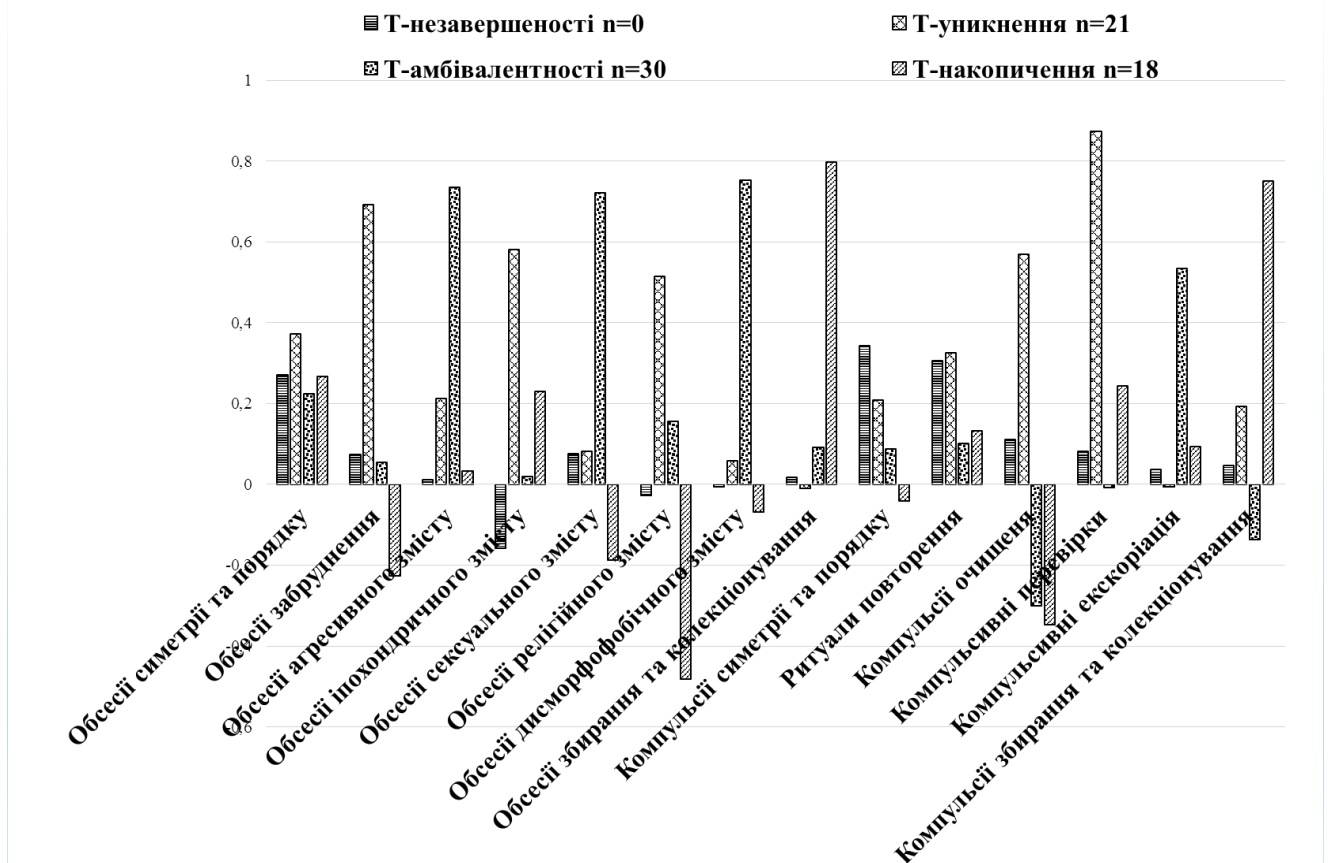


Рис. 4. Факторні навантаження квартімакс-обертання даних за шкалою Y-BOCS в групі F21

Отже, Т-незавершеності (для пацієнтів групи F42) та Т-накопичення (для пацієнтів групи F21) можна визначити діагностично специфічними для ОКС при диференціації його регістрів.

Базуючись на отриманих результатах, було проведено розподіл хворих з ОКР (група F42) та хворих з ШтР з ОКС (група F21) за пріоритетністю визначених типів ОКС, що дало змогу розробити ПКЛ і, таким чином, призначити специфічну терапію пацієнтам в кожній із груп. Основними складовими ПКЛ є три етапи: діагностичний, клінічний та реабілітаційний.

Метою діагностичного етапу є визначення типу ОКС та його особливостей при різних нозологіях. Важливою складовою діагностичного етапу було визначення диференційованої психотерапевтичної рецептури щодо обстежених хворих, так як було виявлено суттєву різницю в фокус-мішенях ПсТ в залежності від регістру психопатологічних порушень та типів ОКС. ПсТ в обох групах здійснювалася протягом шести місяців – 28 сесій тривалістю одна година один раз на тиждень. Перша і остання сесії були виключно діагностичні, двадцять чотири сесії – терапевтичні. Друга сесія була присвячена побудові графічного образу ОК-циклу задля визначення аномалії його структури (див. рис. 5). В свідомості пацієнтів ОК-цикл є єдиним континуумом, за рахунок якого особистість справляється з інтрузивними, Его-дистонними (у пацієнтів групи F42) та Его-синтонними (у пацієнтів групи F21) думками. Його візуалізація давала змогу пацієнтам, ґрунтуючись на роз'яснювальній інформації лікаря, активізувати конструктивне самоконфігурування думок і почуттів, самооптимізацію дій та самовідновлення психічного стану.

Прояви ОКС, що відтворювалися у графічному образі ОК-циклу, дозволили визначити точки або фокус-мішені терапевтичного втручання в ПКЛ. Точка – це умовна зона визначення, який вид терапії є найбільш ефективним – ПфТ та/або ПсТ (когнітивно-біхевіоральна терапія (КБТ) та/або гештальт-терапія (ГшТ)). Так, при виявленні ОКС, пов'язаних з точкою I (домінування реалізації компульсій на тлі високого рівня тривоги) доцільним було психотерапевтичне втручання за допомогою технік КБТ; з точкою II (домінування obsесивних думок, що безпосередньо викликали суттєве підвищення рівня тривоги) – першочергово необхідним було призначення ПфТ; а з точкою III (вплив зовнішніх стимулів, котрі потенціювали obsесивні думки) – найефективнішим було застосування психотерапевтичних технік ГшТ.

У результаті проведеного діагностування було виявлено, що в групі F42 у хворих з Т-незавершеності основні прояви ОКС стосувалися точок I та III, що власне давало можливість їх терапію проводити у вигляді ПсТ, як МоноТ. Тоді як у пацієнтів з Т-уникнення та Т-амбівалентності домінували прояви – спочатку пов'язані з точками I, III (призначення ПсТ), а потім – з точкою II. Це було відправним пунктом для призначення КомбТ (сполучення ПсТ з ПфТ) цим хворим.

В групі F21 було виявлено зовсім інший характер аномалій ОК-циклу, що зумовило втілення іншого варіанту ПКЛ. А саме, у хворих з Т-уникнення та Т-амбівалентності – спочатку домінували прояви пов'язані з точкою II, і це потребувало початкового призначення ПфТ з переходом до ПсТ, коли починали домінувати прояви ОКС, пов'язані з точками I та III. І лише у пацієнтів з Т-накопичення основною фокус-мішенню лікування були симптоми, характерні

для точки II, що робило доцільним призначення цим пацієнтам МоноТ у вигляді ПфТ.

Таким чином, діагностичний етап дослідження дав змогу розробити диференційовану ПКЛ з урахуванням клінічної типології ОКС, його нозологічної приналежності й реєстру психопатологічних порушень.

Клінічний етап ПКЛ був безпосередньо спрямований на редукцію проявів ОКС за допомогою сполучення ПсТ та ПфТ (КомбТ) або їх застосування у вигляді МоноТ. І саме комплексний підхід у лікуванні забезпечив його ефективність, що й було доведено у повторному (через 6 місяців) та катамнестичному (через 2 роки в групі F21) дослідженні.

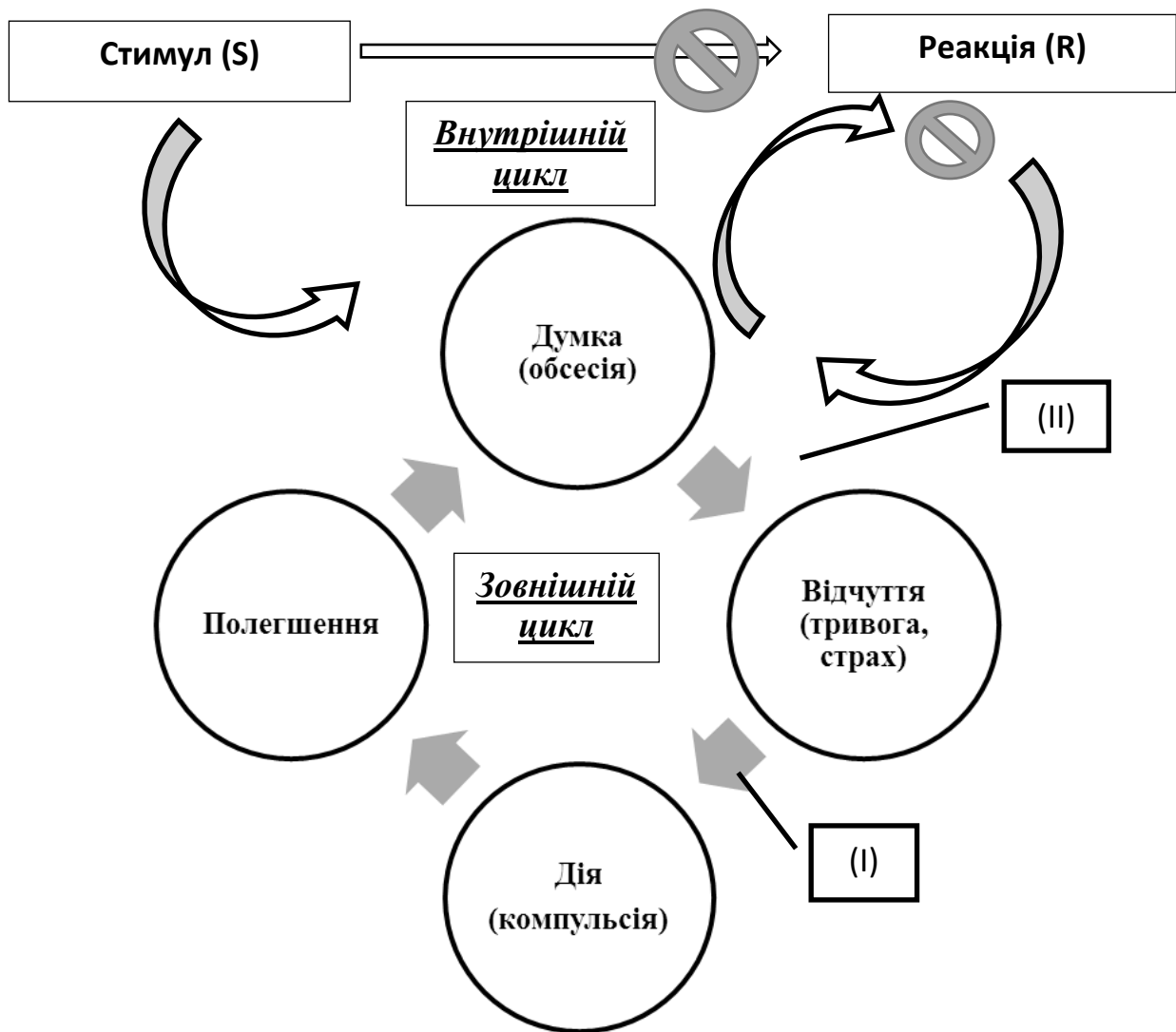


Рис. 5. Фокус-мішені програми комплексного лікування в залежності від типології ОКС

ПсТ набула найважливішого значення у ПКЛ при всіх типах ОКС. І незалежно від того, який тип ОКС та реєстр психопатологічних порушень визначався у хворих, виявилось, що доцільно було починати ПсТ з врегулювання зовнішнього циклу – розривання впливу тривоги на реалізацію компульсій. Було доведено,

що для пацієнтів групи за всіма типами ОКС в групі F42 (Т-незавершеності, Т-уникнення, Т-амбівалентності) та для хворих з Т-уникнення і Т-амбівалентності в групі F21 при домінуванні симптоматики зовнішнього циклу першочерговим було саме психотерапевтичне втручання тривалістю від 3 до 6 сесій. Подальша ПсТ стосувалася симптоматики внутрішнього ОК-циклу – розрішення підсвідомого переходу будь-якого зовнішнього стимулу до obsесивних думок через прояв реакцій (потреб). Це втручання, як робота з особистістю, має бути тривалою (у дослідженні – 6 місяців), оскільки ОКС – це зовнішній прояв підсвідомого внутрішнього конфлікту пацієнта. В процесі формування ОКР чи ШТР з ОКС неусвідомлені потреби блокують будь-який прояв емоційних переживань, вони піддаються особистісному контролю, інтелектуалізації. Сама ця теза була покладена в основу робочої психотерапевтичної гіпотези для особистісної ПсТ.

Для пацієнтів з групи F42 статистично достовірним фокусом ПсТ була робота з виявленими механізмами захисту. Спільними для усіх типів цієї групи була робота з ($p < 0,05$): витісненням, регресією, реактивним утворенням, раціоналізацією; а також з компенсацією – для хворих з Т-незавершеності; і заміщенням – для хворих з Т-амбівалентності. У групі F21 достовірно доведено, що фокусом диференційованої ПсТ для пацієнтів з Т-уникнення та Т-амбівалентності було опрацювання наступних механізмів захисту ($p < 0,05$): витіснення, регресія, заміщення, реактивне утворення; для пацієнтів з Т-накопичення здійснювалася робота виключно із заміщенням.

Копінг-стратегії, які були виявлені в обох досліджуваних групах хворих, за даними шкали СДП, також були фокусом особистісної терапії, що тривала протягом 6 місяців.

В ході проведення дослідження та застосування диференційованої ПКЛ нами було оптимізовано ПФТ для хворих з ОКС. Для пацієнтів групи F42 призначалися антидепресанти (АД) у середньотерапевтичних та максимальних дозах і лише при резистентних формах – малі дози атипичних антипсихотиків (АП) та тимолептиків (ТмЛ). Натомість для редукції ОКС у пацієнтів групи F21 обов'язковим було призначення атипичних АП з додаванням АД у середньотерапевтичних дозах.

Після закінчення шестимісячної ПКЛ було проведено аналіз динаміки показників за шкалами, які були використані в діагностичному дослідженні. Він достовірно довів, що після проведеної ПКЛ у групі F42 важкість перебігу ОКР суттєво змінилась. У хворих з Т-незавершеності, Т-уникнення та Т-амбівалентності значно зменшилась кількість випадків з помірним та збільшилась з легким перебігом ОКР ($p < 0,05$). Характерним виявилось для пацієнтів з Т-незавершеності та Т-уникнення зникли прояви тяжкого перебігу та збільшилась кількість випадків відсутності симптомів ОКР ($p < 0,05$).

У пацієнтів в групі F21 критерієм ефективності ПКЛ виявилось достовірне зменшення показника вкрай тяжкого перебігу ОКС та збільшення легкого перебігу ($p < 0,05$) спільно для хворих з Т-уникнення і Т-амбівалентності. Показники важкості перебігу розладу у хворих з Т-накопичення змінилися не суттєво. Позитивним

критерієм у лікуванні виявилось зменшення показника тяжкого перебігу ОКС на 16,7 % серед цих пацієнтів.

В результаті проведеної ПКЛ (шестимісячної ПсТ) в обох групах хворих копінг-стратегії набули іншого характеру та вираженості. Так, в групі F42 вони трансформувалися в поведінку конфронтації, прийняття відповідальності та позитивної переоцінки думок та власної поведінки ($p < 0,05$). А саме, для пацієнтів з Т-незавершеності та Т-уникнення було спільним зменшенням показника ($p < 0,05$): дистанціювання, самоконтролю, пошуку соціальної підтримки, втечі-уникнення. Характерним виявилось для пацієнтів з Т-незавершеності – зменшення планування вирішення проблем ($p < 0,05$), з Т-амбівалентності – зменшення самоконтролю ($p < 0,05$). В групі F21 копінг-стратегії змінилися в прийняття відповідальності ($p < 0,05$). У хворих цієї групи з Т-уникнення і Т-амбівалентності зменшилися показники самоконтролю ($p < 0,05$).

Хворим з Т-накопичення групи F21 не проводилася ПсТ, на відміну від інших пацієнтів двох груп, де ПсТ була включена в клінічний етап ПКЛ. Тому, в цій групі хворих було проведено аналіз редукції ОКС через два роки, а саме в порівнянні між пацієнтами групи F21 які отримували ПсТ та тими, які її не отримували. Катамнестичне дослідження включало 52 пацієнта з ШтР з ОКС. За даними шкали Y-BOCS у хворих з Т-уникнення та Т-амбівалентності, які отримували КомбТ, через два роки були виявлені незначні коливання в перебігу важкості ОКР. Натомість статистично достовірно змінилися показники важкості перебігу у пацієнтів з Т-накопичення, які були виключно на МоноТ у вигляді ПфТ. А саме, суттєво зменшилася кількість пацієнтів з помірним перебігом важкості ОКР – на 42,9 % ($p = 0,018$) та збільшилася з тяжким перебігом – на 42,8 % ($p = 0,018$).

Реабілітаційний етап був націленим на відновлення або підтримку оптимального рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації, виявлення та активацію внутрішньоособистісного ресурсу, збільшення періодів ремісії та профілактику рецидивування епізодів ОКС.

В результаті проведеного дослідження та застосованої ПКЛ для хворих з ОКР та ШтР з ОКС нами було розроблено та запропоновано зведений алгоритм маршруту пацієнтів з ОКС, згідно застосованої диференційованої рецептури діагностики та ПКЛ. Цей алгоритм (дані наведено в табл. 2) передбачає можливість фахівцям галузі охорони здоров'я, а саме лікарям-психіатрам та психотерапевтам діагностувати типи ОКС, диференційовано підійти до призначення ПфТ та проведення ПсТ, а також застосовувати ефективні реабілітаційні заходи для пацієнтів з ОКР та пацієнтів з ШтР з ОКС.

Зведений рецептурно-алгоритмічний маршрут для пацієнтів, що страждають на ОКР (F42) та ШтР з ОКС (F21)

НП (РПП)*	Типи ОКС**	Етапи ПКЛ					
		діагностичний етап (2сесії)			терапевтичний етап (МоноТ/КомбТ) (24 сесії)		реабілітаційний етап
		психометри- ні шкали	психологічні шкали		ПфТ	ПсТ	
			ІЖС	СДП			
F42	Т- незавер- шеності	Y-BOCS HADS	Витіснення Регресія Компенсація Гіперкомпенсація Інтелектуалізація	Самоконтроль Дистанціювання Пошук соціальної підтримки	-	КБТ 8 сесій ГштТ 16 сесій (робота з подавленою агресією, границями контакту, відповідальністю, емоціями)	ГштТ 1 р/тиж. або 1 р/2 тиж. протягом 1-2 років
	Т- уникнен- ня		Витіснення Регресія Гіперкомпенсація Інтелектуалізація	Самоконтроль Дистанціювання Втеча-уникнення Пошук соціальної підтримки	СІЗС (середні терапевтичні дози); ТмЛ (малі терапевтичні дози)	КБТ 12 сесій ГштТ 12 сесій (робота з подавленою агресією, границями контакту, відповідальністю, емоціями)	ГштТ + КБТ 1 р/тиж. або 1 р/2 тиж. протягом 1- 2 років
	Т- амбівале- нтності		Витіснення Регресія Заміщення Гіперкомпенсація Інтелектуалізація	Самоконтроль	СІЗС (середні та високі терапевтичні дози) ТмЛ (малі терапевтичні дози) АП (малі терапевтичні дози)	КБТ 10 сесій ГштТ 14 сесій (робота з подавленою агресією, границями контакту, відповідальністю, емоціями)	ГштТ+КБТ 1 р/тиж. або 1 р/2 тиж. протягом 1-2 років
F21	Т- уникнен- ня		Витіснення Регресія Заміщення Гіперкомпенсація	Самоконтроль	СІЗС (середні та високі терапевтичні дози) ТмЛ (середні терапевтичні дозы) АП (малі терапевтичні дози)	КБТ 20 сесій ГштТ 4 сесій (робота з подавленою агресією, границями контакту, відповідальністю, емоціями)	КБТ+ГштТ 1р/тиж. або 1 р/2 тиж. протягом 1- 2 років
	Т- амбівале- нтності		Витіснення Регресія Заміщення Гіперкомпенсація	Самоконтроль	СІЗС (середні та високі терапевтичні дози) ТмЛ (середні терапевтичні дозы) АП (малі терапевтичні дози)	КБТ 20 сесій ГштТ 4 сесій (робота з подавленою агресією, границями контакту, відповідальністю, емоціями)	ГштТ+КБТ 1 р/тиж. або 1 р/2 тиж. протягом 1- 2 років
	Т- накопиче- ння		Заміщення	Самоконтроль	ТмЛ (середні терапевтичні дозы) АП (середні терапевтичні дозы)	Рекомендовано: робота з ОК- циклом, елементи КБТ починаючи з 12 сесії	1 р/2 тиж. протягом 1- 2 років (психоосвіта, елементи КБТ)

Примітки: * – нозологічна приналежність (регістр психопатологічних порушень); ** – типи ОКС визначаються за Y-BOCS

ВИСНОВКИ

1. У дисертаційному дослідженні здійснено теоретичне обґрунтування та наведено нове вирішення актуального науково-практичного завдання щодо покращення диференціальної діагностики та підвищення ефективності комплексного лікування хворих з ОКР, на основі вивчення клініко-психопатологічних особливостей і типології даного розладу в обстежених хворих.

2. За даними діагностичного дослідження було встановлено клініко-психопатологічну специфіку ОКР у групі пацієнтів F42 та групі пацієнтів F21. А саме, серед проявів вираженості тривоги та депресії за даними шкали HADS в групі F42 достовірно частіше зустрічався рівень клінічної тривоги та клінічної депресії ($p < 0,05$), в той час як для пацієнтів групи F21 характерним був прояв тільки субклінічної депресії ($p < 0,05$). Вираженість депресивного синдрому в групі F21 була достовірно нижчою.

3. В проведеному дослідженні визначено різницю у сприйнятті якості життя хворими з ОКР (згідно шкали ОЯЖ): пацієнти групи F42 в 60,4 % випадків оцінювали її як низьку, тоді як 55,1 % пацієнтів групи F21 характеризували її як середній рівень ($p < 0,05$), що свідчить про особливості суб'єктивного сприйняття хвороби та зниженням критики до неї у хворих цієї групи.

Отримані результати за шкалою MSPSS засвідчили, що 68,8 % пацієнтів в групі F42 відчували підтримку сім'ї та у 27,1 % випадків – підтримку друзів, натомість 49,3 % пацієнтів в групі F21 знаходили підтримку тільки в колі сім'ї.

За даними шкали ІЖС було виявлено, що для пацієнтів групи F42 були притаманні більш зрілі варіанти захисної структури: реактивне утворення, раціоналізація та компенсація ($p < 0,05$). Тоді як для пацієнтів групи F21 характерними були регресія, заміщення та заперечення ($p < 0,05$). Спільними для обох груп було витіснення як один із основних механізмів захисту.

Отримані дані за шкалою СДП довели, що в групі F42 переважали копінг-стратегії дистанціювання, самоконтроль, прийняття відповідальності, які були направлені переважно на зниження емоційного дискомфорту. В групі F21 переважали такі копінг-стратегії, як самоконтроль та втеча-уникнення, що теж набуло значення фокусу для ПсТ. Дані копінг-стратегії в подальшому стали фокусом для особистісної ПсТ.

4. Вивчення клінічних проявів в обстежених хворих (за шкалою Y-BOCS), дозволило доказово обґрунтувати виділення чотирьох клінічних типів ОКС: незавершеності, уникнення, амбівалентності, накопичення. Для пацієнтів з ОКР (група F42) специфічними виявилися Т-незавершеності, Т-уникнення та Т-амбівалентності. Для пацієнтів, котрі страждали на ШТР з ОКС (група F21) специфічними стали Т-уникнення, Т-амбівалентності й Т-накопичення.

5. В ході проведення дослідження було розроблено диференційовану ПКЛ з урахуванням клініко-психопатологічних особливостей та клінічної типології ОКС, а також реєстру психопатологічних порушень. Вона складається з трьох етапів: діагностичного, терапевтичного та реабілітаційного.

Метою діагностичного етапу є визначення типу ОКС, згідно з його нозологічної належності. А також визначалися фокус-мішені для ПсТ за допомогою створення графічного образу ОК-циклу.

Клінічний етап спрямований на редукцію проявів ОКС за допомогою КомбТ (сполучення ПсТ та ПфТ) або їх застосування у вигляді МоноТ (або ПсТ, або ПфТ).

Реабілітаційний етап ПКЛ мав на меті відновлення або підтримку оптимального рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації пацієнта, збільшення періодів ремісії та профілактику рецидивування епізодів ОКС за допомогою психотерапевтичної (КБТ та ГшТ) та психоосвітньої роботи і повинні проводитися пацієнтам з усіма типами ОКС не залежно від нозологічної приналежності та регістру психопатологічних порушень.

6. Застосування ПКЛ дозволило якісно оптимізувати ПфТ для хворих з ОКС. А саме, пацієнтам групи F42 призначалися АД у середньотерапевтичних та максимальних дозах і лише при резистентних формах – малі дози атипових АП та ТмЛ. Натомість для редукції ОКС у пацієнтів групи F21 обов'язковим було призначення атипових АП з додаванням АД у середньотерапевтичних дозах.

7. Дисертаційне дослідження дозволило науково обґрунтувати та розробити систему фокусної диференційованої ПсТ в залежності від типів ОКС, їх нозологічної приналежності, визначених фокус-мішеней терапевтичного втручання за допомогою графічного образу ОК-циклу. А саме, при домінуванні реалізації компульсій на тлі високого рівня тривоги доцільним було психотерапевтичне втручання за допомогою технік КБТ; при впливі зовнішніх стимулів, котрі потенціювали obsесивні думки, ефективним було застосування ГшТ. Але при домінуванні obsесивних думок, що безпосередньо викликали суттєве підвищення рівня тривоги першочергово необхідним було призначення ПфТ, а потім КомбТ (сполучення ПсТ з ПфТ).

Статистично достовірним фокусом ПсТ була робота з виявленими механізмами захисту: для пацієнтів з групи F42 – витіснення, регресії, компенсації, заміщення, реактивне утворення та раціоналізації ($p < 0,05$), в групі F21 – витіснення, регресія, заміщення й реактивне утворення та заміщення ($p < 0,05$).

8. Проведене дослідження довело можливість успішного подолання ОКС завдяки ПКЛ (МоноТ, КомбТ), яка дає можливість ефективно впливати на всі складові психічного стану та соціального функціонування пацієнта при всіх типах ОКС. Порівняльні результати повторного дослідження (після втілення ПКЛ) дали змогу визначити критерії її ефективності: зменшення рівнів тривоги та депресії, підвищення якості життя, застосування більш зрілих механізмів психологічного захисту та копінг-поведінки.

9. В результаті проведеного дослідження із застосуванням ПКЛ хворим з ОКС було розроблено алгоритм маршруту пацієнтів з ОКС. Цей алгоритм передбачає можливість здійснювати диференційну діагностику та застосовувати диференційовану рецептуру ПКЛ для хворих з ОКР та ШТР з ОКС, а саме диференційовано підходити до призначення ПфТ та проведення ПсТ цим пацієнтам, а також застосовувати ефективні реабілітаційні заходи з профілактики рецидивування проявів ОКС.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Програма комплексного лікування (ПКЛ) включає три етапи: перший – *діагностичний*, що потребує виділити клінічні типи ОКС в залежності від регістру порушень; другий – *клінічний*, який спрямований на ПфТ та ПсТ втручання в залежності від нозологічної належності порушень та типу ОКС. Ступінь редукції обсессивно-компульсивної симптоматики протягом 6 місяців (всього 28 сесій (26 – терапевтичних та 2 – діагностичні)); третій – *реабілітаційний*, який необхідно спрямувати на відновлення оптимального рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації, збільшення тривалості ремісії, а також профілактика рецидивування симптоматики розладу.

2. За результатами дослідження доведено, що діагностика потребує визначення типів ОКС та їх нозологічної належності за переважанням певних ОК-симптомів: незавершеності, небезпеки, амбівалентності, накопичення. Т-незавершеності включає: компульсії симетрії та порядку, ритуали повторення, обсессії симетрії та порядку. Т-уникнення: компульсивні перевірки, обсессії забруднення, обсессії релігійного змісту, компульсії очищення та обсессії іпохондричного змісту. Т-амбівалентності: агресивні думки, обсессій сексуального змісту та обсессії дисморфофобічного змісту. Т-накопичення: компульсії збирання та колекціонування та обсессії збирання та колекціонування.

3. Пацієнти з ОКР та ШТР потребують лікування за ПКЛ. Важливим в обґрунтуванні ПКЛ виявилось переважання вираженості симптомів компульсій над обсессіями в Т-незавершеності, врівноваження симптомів в Т-уникнення та Т-амбівалентності та зміщення вираженості інтенсивності симптомів обсессій над компульсіями в Т-накопичення. Для пацієнтів групи F42: за Т-незавершеності – МоноТ (ПсТ: КБТ+ГшТ) проводиться протягом 6 місяців (28 сесій); за Т-уникнення – КомбТ (протягом 1 місяця призначається ПфТ: АД +/- АП та водночас проводиться ПсТ впродовж 6 місяців: КБТ+ГшТ); за Т-амбівалентності – КомбТ (протягом 1 місяця призначається ПфТ: АД + АП + ТмЛ та водночас проводиться ПсТ впродовж 6 місяців: КБТ+ГшТ). Для пацієнтів групи F21: за Т-уникнення – КомбТ (призначаємо ПфТ: АП + АД + ТмЛ), через 1 місяць починаємо проводити психотерапію: КБТ +/- ГшТ); за Т-амбівалентності – КомбТ (призначаємо ПфТ: АП + АД + ТмЛ), через 1 місяць починаємо проводити ПсТ: КБТ +/- ГшТ); за Т-накопичення – КомбТ протягом 6 місяців (ПфТ: АП + ТмЛ) з приєднанням через 6 міс ПсТ.

4. Критеріями ефективності ПКЛ треба вважати: для пацієнтів групи F42 – можливість повністю відмовитися від ПфТ або значно зменшити дозу та тривалість лікування; для пацієнтів групи F21 критерієм якості являється зменшення дози препаратів, збільшення періодів ремісії та можливість функціонувати без сторонньої допомоги.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Праці, в яких опубліковано основні наукові результати дисертації

1. Кричун (Челядин) Ю.Я. Медико-соціальна та психологічна модель реабілітації хворих з обсессивно-компульсивним розладом (огляд літератури) /

Психічне здоров'я. – Київ, 2013. – № 4 (41). – С. 25-31. *(Дисертант приймав участь у формуванні мети дослідження, аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).*

2. Кричун (Челядин) Ю.Я. Сучасні патогенетичні підходи до терапії obsесивно-компульсивного розладу / Психічне здоров'я. – Київ, 2014. – № 4 (45). – С. 39-45. *(Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).*

3. Tsintsadze N., Beridze L., Tsintsadze N., Krichun Y., Tsivadze N., Tsintsadze M. Psychosomatic aspects in patients with dermatologic diseases / Georgian medical news. – Tbilisi, 2015. – № 6 (243). – PP. 70-75. *(Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).*

4. Boltivets S., Gonchar T., Uralova L., Gonchar O., Chelyadyn Y. Geopsychology of central European nations harbingers of grief in the states of illusions methodology of geopsychological securitas / Europa w dobie kryzysu migracyjnego. – Monografia. – 2016. – PP. 191-199. *(Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).*

5. Пилягіна Г.Я., Кузнецов В.М., Гончар Т.О., Челядин Ю.Я. Терапія психологічного захисту та упорядкованої поведінки при obsесивно-компульсивних розладах / Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я. – Київ, 2016. – Випуск 15. – № 281. *(Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).*

6. Кричун (Челядин) Ю.Я. Оцінка взаємозв'язку важкості перебігу obsесивно – компульсивного розладу та показників упорядкованої поведінки в стресових та проблемних для особистості ситуаціях в умовах медико-соціальної реабілітації / Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П. Л. Шупика. – Київ, 2016. – Випуск 25. – С. 417-422. *(Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).*

7. Chelyadyn Y., Gonchar T., Uralova L. Social and mental rehabilitation of the patients with the obsessive-compulsive disorder and hypochondriasis / Problems of psychology in the 21st century. – Lithuania, 2016. – Vol. 10. – №2. – pp. 77-84. *(Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).*

8. Boltivets S.I., Gonchar O.A., Gonchar T.O., Uralova L.T., Chelyadyn Y.Y. Psychotherapeutic correction of deviant behavior caused by mental disorders in children and young adults / Znanstvena misel. – 2017. – № 2. – PP. 16-19. *(Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).*

9. Челядин Ю.Я. Розуміння феноменології obsесивно-компульсивного розладу з позиції гештальт-теарпії / Психічне здоров'я. – Київ, 2017. – Спецвипуск 4(53). – С. 50-54. *(Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).*

10. Boltivets S., Chelyadyn Yu., Gonchar T., Uralova L., Gonchar O. Psychotherapy of patients with hypochondriac and obsessive-compulsive disorders due to perinatal cerebrovascular lesions / Problems of psychology in the 21st century. – Lithuania, 2018. –

Vol. 12. No.1. – pp. 8-16. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

1. Krychun Y. The level of social functioning and quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder // ECNP. Regional seminar in neuropsychopharmacology. – Odessa. – Ukraine. – 09-11 October 2015.

2. Челядин Ю. Оптимізована модель лікування хворих з obsесивно-компульсивним розладом // X Національний конгрес «Людина та ліки». – Київ. – Україна. – 30-31 березня 2017.

3. Челядин Ю.Я. Оцінка взаємозв'язку показників упорядкованої поведінки в стресових ситуаціях та важкості протікання obsесивно-компульсивного розладу // Науково-практична конференція з міжнародною участю «Психіатрія сьогодні: шляхи розвитку та інтеграції». – Київ. – Україна. – 14-16 червня 2017.

4. Челядин Ю.Я. Особливості реабілітації пацієнтів з obsесивно-компульсивним розладом невротичного та ендogenous регістрів // Конгрес з медичної та психологічної реабілітації «Med & psy Rehab». – Київ. – 30-31 жовтня 2017.

5. Chelyadyn Y. Optimization of treatment and rehabilitation of patients with obsessive-compulsive disorder // EACCME. European Accreditation Council for Continuing Medical Education. Ukrainian psychiatry in the fast changing world. – Kyiv. – Ukraine. – 25/04/2018-27/04/2018.

АНОТАЦІЯ

Челядин Ю. Я. Оптимізація лікування та реабілітації хворих з obsесивно-компульсивним розладом. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. – Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика; Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України», Київ, 2019.

Проблема ОКР в даний час досить актуальна. Незважаючи на проведені дослідження і розробку нових методів ПфТ та ПсТ, лікування хворих даної категорії залишається складним завданням.

У дисертаційній роботі наведено теоретичне опрацювання та практичне вирішення важливої задачі у галузі психіатрії, а саме формування критеріїв, розробки алгоритму лікувальних та реабілітаційних заходів, а також створення інструментарію диференційної діагностики ОКС, а саме при ОКР та ШТР з ОКС на підґрунті виявлення й аналізу їх клінічної типології.

Усього у дослідженні за умови отримання інформованої згоди взяло участь 165 пацієнтів у віці від 18 до 48 років, які перебували стаціонарному лікуванні в ТМО «Психіатрія» у м. Києві та амбулаторному лікуванні кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології НМАПО імені П. Л. Шупика з симптомами ОКР. За допомогою критеріїв МКХ-10 ми сформуваємо дві групи. Перша група,

в яку ввійшло 96 пацієнтів (58,2 %) з діагнозом ОКР (F42) і було названо групу – F42. Друга група, що включила 69 пацієнтів (41,8 %), у яких був діагностований шизотиповий розлад з домінантною обсесивно-компульсивною симптоматикою (ШТР з домінантною ОКС), яку позначили як групу F21.

Важливою складовою оптимізації стало виділення чотирьох типів ОКС, що дало можливість розробити диференційовану програму комплексного лікування та впровадити процедурно-алгоритмічний маршрут пацієнта з ОКС.

Отримані дані дозволили розробити ефективну психотерапевтичну програму у досліджуваного контингенту, яка передбачала застосування КБТ та ГшТ. Терапія проводилася у вигляді 26 сесій, тривалістю 60 хвилин. Перша та остання сесії були виключно діагностичними. Надалі робота полягала з ОК-циклом, механізмами захисту та копінг-стратегіями.

Отже, була розроблена та впроваджена диференційована програма комплексного лікування та алгоритмічний маршрут пацієнта з ОКС. Аналіз результатів проведеної лікувально-реабілітаційної роботи дозволив зробити висновок, що застосування такого терапевтичного комплексу сприяло редукції симптоматики ОКР, зменшенню тривалості лікування та збільшенню періодів ремісії, підвищенню якості життя та соціального функціонування.

Ключові слова: обсесивно-компульсивний розлад, шизотиповий розлад з домінантною обсесивно-компульсивною симптоматикою, типологічна діагностика, програма комплексного лікування.

АННОТАЦІЯ

Челядин Ю. Я. Оптимизация лечения и реабилитации больных с обсессивно-компульсивным расстройством. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.16 – психиатрия. – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика; Государственное учреждение «Научно-исследовательский институт психиатрии МЗ Украины», Киев, 2019.

Проблема ОКР в настоящее время достаточно актуальна. Несмотря на проведенные исследования и разработку новых методов ПфТ и ПсТ, лечения больных данной категории остается сложной задачей.

В диссертационной работе приведены теоретическое изучение и практическое решение важной задачи в области психиатрии, а именно формирование критериев, разработки алгоритма лечебных и реабилитационных мероприятий, а также создание инструментария дифференциальной диагностики ОКС, а именно при ОКР и ШТР с ОКС на основе выявления и анализа их клинической типологии.

Всего в исследовании при условии получения информированного согласия приняло участие 165 пациентов в возрасте от 18 до 48 лет, находившихся на стационарном лечении в ТМО «Психиатрия» в г. Киеве и амбулаторном лечении кафедры психиатрии, психотерапии и медицинской психологии НМАПО имени П. Л. Шупика с симптомами ОКР. С помощью критериев МКБ-10 были сформированы две группы. Первая группа, в которую вошли 96 пациентов (58,2 %) с диагнозом ОКР (F42). Вторая группа, включившая 69 пациентов (41,8 %), у которых было

диагностировано шизотипическое расстройство с доминантной обсессивно-компульсивной симптоматикой (ШТР с доминантной ОКС), соответственно рубрике F21.

Важной составляющей оптимизации стало выделение четырех типов ОКС, что позволило разработать дифференцированную программу комплексного лечения и внедрить процедурно-алгоритмический маршрут пациента с ОКС.

Полученные данные позволили разработать эффективную психотерапевтическую программу для исследуемого контингента, которая предусматривала применение когнитивно-бихевиоральной и гештальт терапии. Терапия проводилась в виде 26 сессий, продолжительностью 60 минут. Первая и последняя сессии были исключительно диагностическими. В дальнейшем работа заключалась с ОК-циклом, механизмами защиты и копинг-стратегиями.

Итак, были разработаны и внедрены дифференцированная программа комплексного лечения и алгоритмический маршрут пациента с ОКС. Анализ результатов проведенной лечебно-реабилитационной работы позволил сделать вывод, что применение такого терапевтического комплекса способствовало редукции симптоматики ОКР, уменьшению продолжительности лечения и увеличению периодов ремиссии, повышению качества жизни и социального функционирования.

Ключевые слова: обсессивно-компульсивное расстройство, шизотипическим расстройство с доминантной обсессивно-компульсивной симптоматикой, типологическая диагностика, программа комплексного лечения.

SUMMARY

Cheliadyn Yu. Y. Optimization of treatment and rehabilitation of patients with obsessive-compulsive disorder. – Manuscript.

Dessertation for gaining a scientific degree of the candidate of medical sciences, in specialty 14.01.16 – psychiatry. – National Medical Academy of Postgraduate Education named after P. L. Shupika; State institution "Scientific Research Institute of Psychiatry, Ministry of Health of Ukraine", Kyiv, 2019.

The problem of OCD is currently very relevant. Despite the conducted research and development of new methods of psychopharmacotherapy and psychotherapy, the treatment of patients in this category remains a difficult task.

The dissertation presents theoretical study and practical solution of an important problem in the field of psychiatry, namely, the formation of criteria, the development of the algorithm of medical and rehabilitation measures, as well as the creation of a tool for differential diagnostics of OCS, namely, OCD and STD with OCS on the basis of detection and analysis of their clinical typology

In total 165 patients in the age of 18 to 48 participated in the study, who were in inpatient treatment at TMO "Psychiatry" in Kyiv and outpatient treatment of the Psychiatry Department, Psychotherapy and Medical Psychology of the NMAPE named after P. Shupyk with OCD symptoms. With the help of МКН-10 criteria, we formed two groups. The first group, which included 96 patients (58.2 %), with OCD diagnosis (F42) and the group was named F42. The second group, which included 69 patients (41.8 %) who had

been diagnosed with schizotypal disorder with dominant obsessive-compulsive symptomatology (STD with OCS), which was designated as F21.

An important component of optimization was the allocation of four types of OCS, which made it possible to develop a differentiated program of integrated treatment and to implement the procedure and algorithmic route of the patient with OCS.

The obtained data allowed to develop an effective psychotherapeutic program in the investigated contingent, which included the use of KBT and GshT. Therapy was conducted in the form of 26 sessions, lasting 60 minutes. The first and the final sessions were exclusively diagnostic. In the future, the work was based on the OC-cycle, the mechanisms of protection and coping strategies.

Consequently, a differentiated program of integrated treatment and an algorithmic route of a patient with OCS were developed and implemented. The analysis of the results of the treatment and rehabilitation work allowed to make a conclusion that the use of such a therapeutic complex contributed to the reduction of the OCD symptoms, reducing the duration of treatment and increasing remission periods, improving the quality of life and social functioning.

Key words: obsessive-compulsive disorder, schizotypal disorder with dominant obsessive-compulsive symptomatology, typological diagnosis, program of integrated treatment.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ОКР – обсессивно-компульсивний розлад
 ОКС – обсессивно-компульсивної симптомокомплекс
 ШТР з ОКС – шизотиповий розлад з домінантною обсессивно-компульсивною симптоматикою
 ПКЛ – програма комплексного лікування
 ПсТ – психотерапія
 ПфТ – психофармакотерапія
 Y-BOCS – клінічна шкала обсесій та компульсій Йель-Брауна (Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale and Symptom Checklist)
 HADS – госпітальна шкала тривоги та депресії
 ОЯЖ – шкала оцінки якості життя (Чабан О.С., 2008)
 MSPSS – багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки (D. Zimet, 1988)
 ІЖС – опитувальника «Індекс життєвого стилю» («Life Style Index», Р. Плутчик – Г. Келлерман – Х. Р. Конте, 1979)
 СДП – методика «Психологічної діагностики стратегії долаючої поведінки» (Р. Лазарус, 2004)
 МоноТ – монотерапія
 КомбТ – комбінована терапія
 ПфТ – психофармакотерапія
 АД – антидепресанти
 АП – атипові антипсихотики
 ТмЛ – тимолептики
 ПсТ – психотерапія

КБТ – когнітивно-біхевіоральна терапія
ГшТ – гештальт-терапія
ОК-цикл – obsesивно-компульсивний цикл

Підписано до друку 09.04.2019 р. Формат 60x90/16.
Ум. друк. арк. 0,9. Обл.-вид. арк. 0,9.
Тираж 100. Зам. 27.

«Видавництво “Науковий світ”»[®]
Свідоцтво ДК № 249 від 16.11.2000 р.
м. Київ, вул. Казимира Малевича (Боженка), 23, оф. 414.
200-87-15, 050-525-88-77
E-mail: nsvit23@ukr.net
Сайт: nsvit.cc.ua