

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
ІМЕНІ П. Л. ШУИКА
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ
ПСИХІАТРІЇ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ЧЕЛЯДИН ЮЛІЯ ЯРОСЛАВІВНА

УДК: 616.89-008.441.1-085.214:615.851

ДИСЕРТАЦІЯ
ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З
ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНИМ РОЗЛАДОМ

14.01.16 – психіатрія

Подається на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

Ю. Я. Челядин

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник: Пилягіна Галина Яківна, доктор медичних наук,
професор

Київ – 2019

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 obsесивно-компульсивного розладу (ОКР) в даний час досить актуальна. Незважаючи на проведені дослідження і розробку нових методів психофармакотерапії (ПфТ) та психотерапії (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 obsесивно-компульсивної симптоматики (ОКС), а саме при ОКР та шизотиповому розладі з домінантною obsесивно-компульсивною симптоматикою (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 Міжнародної класифікації хворіб 10-го перегляду (МКХ-10) ми сформуваємо дві групи. Перша група, в яку увійшло 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.

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

Отримані дані дозволили розробити ефективну психотерапевтичну програму у досліджуваного контингенту, яка передбачала застосування когнітивно-біхевіоральної терапії (КБТ) та гештальт-терапії (ГшТ). Терапія проводилася у вигляді 26 сесій, тривалістю 60 хвилин. Перша та остання сесії були виключно діагностичними. Надалі робота полягала з obsesивно-компульсивним циклом (ОКц), 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: obsesивно-компульсивний розлад, шизотиповий розлад з домінантною obsesивно-компульсивною симптоматикою, типологічна діагностика, програма комплексного лікування.

SUMMARY

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

Dissertation 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 in-patient 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 MKH-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.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ*Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації*

1. Кричун (Челядин) Ю.Я. Медико-соціальна та психологічна модель реабілітації хворих з obsесивно-компульсивним розладом (огляд літератури). *Психічне здоров'я*. 2013. № 4 (41). С. 25-31. (Дисертант приймав участь у формуванні мети дослідження, аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті)
2. Tsintsadze N., Antelava O., Mikeladze T., Tsintsadze N., Krichun Y., Tsivadze N. Anxiety and depressions in patients with pulmonary disorders. *Georgian respiratory journal*. 2014. Vol.10. №2. P. 91-94. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).
3. Кричун (Челядин) Ю.Я. Сучасні патогенетичні підходи до терапії obsесивно-компульсивного розладу. *Психічне здоров'я*. 2014. № 4 (45). С. 39-45. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).
4. Tsintsadze N., Beridze L., Tsintsadze N., Krichun Y., Tsivadze N., Tsintsadze M. Psychosomatic aspects in patients with dermatologic diseases. *Georgian medical news*. 2015. №6 (243). P. 70-75. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).
5. 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. P. 50. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).
6. 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. P. 191-199. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).

7. 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. 2016. Випуск 15. № 281. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).*

8. Кричун (Челядин) Ю.Я. Вивчення соціальних копінг-ресурсів та стратегій терапії в рамках дослідження метасистеми механізмів психологічного захисту та упорядкованої поведінки при obsесивно-компульсивному розладі. *Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених НМАПО ім. П.Л. Шупика, присвяченої дню науки «Науково-практична діяльність молодих вчених медиків: досягнення і перспективи розвитку». 20 травня 2016. С. 83-86. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).*

9. 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. 2016. Випуск 25. С. 417-422. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).*

10. 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. 2016. Vol.10. №2. P. 77-84. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).*

11. Челядин Ю.Я. Оцінка взаємозв'язку показників упорядкованої поведінки в стресових та проблемних для особистості ситуаціях та важкості протікання obsесивно-компульсивного розладу в умовах медико-соціальної реабілітації та терапії. *Психічне здоров'я. 2017. Спецвипуск 1(50). С. 59-62.*

(Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).

12. 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. P. 16-19. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).

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

14. Челядин Ю.Я. Співвідношення психопатологічних особливостей obsесивно-компульсивного розладу із механізмами психологічного захисту у визначенні фокусу психотерапії. *The second international scientific congress of scientists of europe (as part of the II International Scientific Forum of Scientists "East - West" (Austria - Russia - Kazakhstan - Canada - Ukraine - Czech Republic))*. Vienna. Austria. 10-11th May 2018. P. 682-692. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).

15. Гончар Т.О., Челядин Ю.Я. Роль психотерапії в реабілітації хворих з іпохондричними та obsесивно-компульсивними розладами, які виникли внаслідок перинатальних мозковосудинних уражень. *The 5th International conference "Science and society"*. Hamilton. Canada. June 15, 2018. P. 381-388. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).

16. 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*. Vol. 12. No. 1, 2018. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

17. 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.

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

19. 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.

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

21. 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. 25-27 квітня 2018.

22. Челядин Ю. Диференційований фармако-психотерапевтичний підхід в лікуванні obsесивно-компульсивного розладу з урахуванням реєстру захворювання. *XIX Міжнародний «Тиждень освіти дорослих» в Україні*. Київ. Україна. 11-17 вересня 2018.

23. Челядин Ю.Я. Профілактика obsесивно-компульсивного розладу учасників навчального процесу сучасних ЗВО. *Міжнародної науково-практичної конференції «Психологічні виміри розвитку сучасної освіти України в умовах євроінтеграції» з нагоди 20-річчя кафедри практичної психології*. Тернопіль. Україна. 19-20 жовтня 2018.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ.....	12
ВСТУП.....	14
РОЗДІЛ 1 СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ МОДЕЛІ ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИЙ РОЗЛАД	20
1.1. Обґрунтування оптимізованої моделі біологічного лікування хворих з ОКР.....	20
1.2. Психотерапія пацієнтів з ОКР, як невід’ємна складова ресоціалізації.....	32
1.3. Медико-соціальна та психологічна модель реабілітації хворих з ОКР.....	39
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1.....	46
РОЗДІЛ 2 ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ І МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	49
2.1. Етапи та дизайн дослідження.....	49
2.2. Загальна характеристика обстежених пацієнтів.....	53
2.3. Методи дослідження	58
2.3.1. Клінічна шкала obsесій та компульсій Йель- Брауна.....	59
2.3.2. Госпітальна шкала тривоги і депресії	60
2.3.3. Шкала оцінки якості життя	61
2.3.4. Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки.....	61
2.3.5. Опитувальник «Індекс життєвого стилю»	62
2.3.6. Методика «Психологічна діагностика стратегії долаючої поведінки»	65
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2.....	69

РОЗДІЛ 3	ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО СИМПТОМОКОМПЛЕКСУ В ОБСТЕЖЕНИХ ХВОРИХ ТА ЙОГО КЛІНІЧНА ТИПОЛОГІЯ.....	72
	3.1. Особливості психопатологічних проявів ОКС.....	72
	3.2. Клінічна типологія ОКС	79
	ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3.....	87
РОЗДІЛ 4	ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ПРОГРАМА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ОБСЕСИВНО- КОМПУЛЬСИВНОЮ СИМПТОМАТИКОЮ	90
	4.1. Обґрунтування принципів створення алгоритму ПКЛ....	90
	4.1.1 Фармакологічні заходи в комплексному лікуванні хворих з ОКС.....	91
	4.1.2 Психотерапевтичні заходи в комплексному лікуванні хворих з ОКС.....	95
	4.2 Ефективність запропонованої ПКЛ.....	98
	4.2.1 Обґрунтування рекомендацій по оптимізації диференційованих підходів щодо реабілітаційних заходів хворих з ОКС.....	114
	4.3. Розробка алгоритму рецептурного маршруту для пацієнтів з ОКС.....	116
	ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 4.....	119
	АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	121
	ВИСНОВКИ.....	131
	ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	134
	ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	136
	ДОДАТОК А.....	153

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АД	–	антидепресанти
АП	–	атипові антипсихотики
ВООЗ	–	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГшТ	–	гештальт-терапія
ІЖС	–	опитувальник «Індекс життєвого стилю» («Life Style Index», Р. Плутчик – Г. Келлерман – Х. Р. Конте)
КБТ	–	когнітивно-біхевіоральна терапія
КомбТ	–	комбінована терапія
мг/д	–	міліграм на добу
мкг/л	–	мікрограм на літр
МКХ-10	–	Міжнародна класифікація хворіб 10-го перегляду
МоноТ	–	монотерапія
МПД	–	медико-психологічне дослідження
ОКР	–	обсесивно-компульсивний розлад
ОКС	–	обсесивно-компульсивний симптомокомплекс
ОК-цикл	–	обсесивно-компульсивний цикл
ОЯЖ	–	шкала оцінки якості життя (Чабан О.С.)
ПКЛ	–	програма комплексного лікування
ПсТ	–	психотерапія
ПфТ	–	психофармакотерапія
СДП	–	методика «Психологічної діагностики стратегії долаючої поведінки» (Р. Лазарус)

СІЗЗС	–	селективні інгібітори зворотнього захоплення серотоніну
ТмЛ	–	тимолептики
ТЦА	–	трициклічні антидепресанти
ШтР з ОКС	–	шизотиповий розлад з домінантною обсесивно-компульсивною симптоматикою
HADS	–	госпітальна шкала тривоги та депресії
MSPSS	–	багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки (D. Zimet)
Y-BOCS	–	клінічна шкала обсесій та компульсій Йель-Брауна (Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale and Symptom Checklist)

ВСТУП

Актуальність теми. Проблема ОКР нині досить актуальна. Незважаючи на проведені дослідження і розробку нових методів психофармакотерапії, лікування хворих даної категорії залишається складним завданням [1, 2]. Незважаючи на відносно не глибокий рівень ураження психічної діяльності, ОКР являється резистентним до проведеної терапії, відмічається тенденція до хронізації захворювання та інвалідизації таких хворих зі значними негативними соціальними наслідками [3, 4, 5, 6]. Міжнародні епідеміологічні дослідження свідчать, що поширеність ОКР складає від 1,9 до 3,3% населення [7, 8]. Захворювання, як правило, розвивається в підлітковому та молодому віці від 12 до 24 років [9, 10]: у 30% випадків – початок у дитинстві, у 65% хворих – у віці до 25 років, тільки у 15% – після 35 років. Це значно погіршує соціальну адаптацію пацієнтів – ускладнює навчання, набуття соціальних навичок та ін. Специфічність симптоматики цього розладу, коли людина сприймає власні нав'язливі думки як ознаку своєї «ненормальності», змушує приховувати симптоми і тому звернення за допомогою до психіатра є запізнілим, що в середньому становило до 7,5 років після появи перших симптомів ОКР. Частота захворювання, важкість симптоматики, часта хронізація і наступна інвалідизація підкреслюють соціальну і клінічну значимість дослідження з проблематики ОКР [11].

Так, серед пацієнтів лікарів загальної практики частота ОКР становить 11,9% [12], причому йдеться про важкі форми ОКР. Така висока поширеність цього виду психічної патології 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 % [13]. Можливість діагностувати тип ОКР з подальшим аналізом взаємозв'язку клініко-психопатологічних особливостей ОКР, що необхідний для диференційованої й адекватної ПфТ і ПсТ таких

хворих, яка дозволить зменшити клінічні прояви захворювання, а також підвищити ефективність лікувального впливу біологічного характеру та можливості розробки індивідуальної ПКЛ.

Нині психосоціальна терапія і психосоціальна реабілітація займають все більш значне місце в системі психіатричної допомоги та розглядається як самостійний лікувально-реабілітаційний напрямок в психіатрії [14, 15, 16, 17]. Психосоціальні лікувально-реабілітаційні міри повинні застосовуватися, починаючи з більш ранніх етапів надання психіатричної допомоги і продовжуватися до досягнення повного відновлення соціальної автономії пацієнта [18, 19]. Застосування на всіх етапах психіатричної допомоги поряд з адекватною психофармакотерапією і адекватних психосоціальних лікувальних і реабілітаційних мір являється однією з актуальних задач сучасної психіатрії та потребує спеціального вивчення і формування підходів для застосування в практику [20, 21, 22].

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, розробки та впровадження ефективної комплексної терапії і заходів медико-соціальної реабілітації пацієнтів з ОКР.

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 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 регістру 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 (ECNP, 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 120 сторінок, та проілюстровано 37 таблицями, 6 рисунками. Список використаних джерел становить 183, з яких 78 – мовами з кириличною символікою та 105 – мовами з латинською символікою.

РОЗДІЛ 1
СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ МОДЕЛІ
ЛІКУВАННЯ ТА РЕАБІЛТАЦІЇ ХВРИХ НА ОБСЕСИВНО-
КОМПУЛЬСИВНИЙ РОЗЛАД

1.1. Обґрунтування оптимізованої моделі біологічного лікування хворих з обсесивно-компульсивним розладом

ОКР за визначенням сучасних діагностичних критеріїв характеризується настирливими думками (обсесіями) або настирливими діями (компульсіями), а найчастіше їх поєднанням (80%).

Прийнято вважати, що ОКР розвивається поступово і, як правило, набуває хронічного характеру з епізодами посилення і ослаблення симптомів, часто має зв'язок зі стресовою провокацією; займають значну частину часу (не менше 1 години на день та суттєво впливають на якість життя людини).

Нав'язливі ідеї (обсесії) – (з лат. *Obsessio* – «охоплення», «одержимість ідеєю») це повторювані нав'язливі думки, образи чи імпульси, які носять інтрузивний характер і викликають виражений дистрес. Вони сприймаються як «продукт» власної психіки (на відміну від шизофренії, коли у людини може бути відчуття, що їй транслюють чужі думки), однак є переважно еґодистонними (тобто небажаними) – людина намагається позбутися цих думок, наприклад, намагаючись «не думати» про них чи у певний спосіб «нейтралізувати».

Нав'язливі дії (компульсії) – (з лат. *Compulsio* – «примушення») повторювані і стійкі поведінкові акти, які людина змушена здійснювати, щоб запобігти або знизити тривогу.

Незначні нав'язливі ідеї і дії знайомі практично кожному [23].

Згідно з вимогами критеріїв, обсесії/компульсії принаймні на певному етапі хвороби повинні сприйматися людиною як ірраціональні, і до них має бути певна критика (це дозволяє диференціювати ОКР з психотичними розладами).

З IV ст. до н.е. нав'язливості входили в структуру меланхолії. Ще Гіпократ описував: «Страхи и уныния, существующие продолжительное время». В Середні роки таких людей називали – «одержимими» [24]. У 1614р. Фелікс Платер вперше описав клінічні прояви розладу. В 1621 р. Робертом Бартоном в книзі «Анатомія меланхолії» був описаний нав'язливий страх смерті. Аналогічні нав'язливі сумніви, побоювання описував в 1660 р. Дж. Тейлор, Дж. Мур [25, 26].

У XIX столітті вперше став відомий термін «невроз», до якого і віднесли нав'язливості. Обсесії стали диференціювати від маячного розладу, а компульсії – від імпульсивних дій. В даний період часу проводилися дискусії, стосовно, того чи ОКР відноситься до розладу емоцій, волі чи інтелекту. В 1827р. Ж.-Е. Домінік Ескіроль описав одну із форм неврозу нав'язливих станів – «хвороба сумнівів» (розлад інтелекту чи волі) [26]. В 1858р. І. М. Балінський відмітив спільну рису – «чужість свідомості» і запропонував термін «нав'язливий стан». В 1877р В. Гризингер і Карл-Фрідріх-Отто Вестфаль вказали, що думки виникають не залежно від інтелекту і не можуть зникнути з свідомості, а в їх основі лежить розлад мислення, схоже до параної. Саме термін останнього (нім. Zwangsvorstellung), переведений на англійський у Великобританії як (англ. Obsession), а в США — (англ. Compulsion) дав сучасну назву захворювання [26, 27].

В останній чверті XIX ст. неврастенія включала в себе великий список різних захворювань, в тому числі і ОКР, який все ще не вважався окремим захворюванням. В 1905р. П.М.Ф. Жане виділив цей невроз з неврастенії як окреме захворювання і назвав його психастенією [27]. У цьому ж році дані про нього систематизував С. А. Суханов, термін «психастенія» став широко застосовуватися в російській та французькій науці, в той час як в німецькій та англійській використовувався термін «невроз нав'язливих станів» [28]. У США його стали називати обсесивно-компульсивним неврозом. П. Жане та інші автори розглядали ОКР як захворювання, причиною якого є вроджені особливості нервової системи [27]. В 1910р. З. Фрейд відносив обсесивно-

компульсивну поведінку до несвідомих конфліктів, які проявляються у вигляді симптомів [29]. Е. Крепелін відносив його не до психогенних, а ставив поряд з маніакально - депресивним психозом і параноєю [27, 30]. Багато вчених відносили його до психопатій, а К. Kolle і деякі інші вчені – до ендогенних психозів (шизофренії) [27], але в даний період часу його відносять до невротичних розладів.

При огляді сучасних класифікацій розладів психіки та поведінки виділяють окремі діагностичні категорії: ОКР і obsесивно-компульсивний розлад особистості (ОКРО) або ананкастний розлад особистості.

Поллак (1979), Бер і Дженіке (1990) дійшли висновку, що в деяких дослідженнях підтверджується залежність між ОКРО й ОКР і підкреслюється значення цієї залежності. Епідеміологічні дослідження демонструють, що лише у 10% пацієнтів ОКР витікають із ананкастної структури особистості (С. Монтгомері, 1993) [31, 32]. В епідеміологічному дослідженні Catchment Area показано, що частота ОКР коливається від 0,7 до 2,1%, що вдвічі перевищує частоту шизофренії та панічних розладів. Причини такої розбіжності у виявленні ОКР є не однозначними. Серед них виділяють:

- небажання пацієнта розповідати про них;
- схематичний підхід до опитування хворих із відсутністю запитань, що здатні виявити ОКР;
- лікарі не звертають уваги на різноманітність спектру цього розладу;
- не враховуються окремі компульсивні прояви [31].

У відповідності до МКХ-10 діагноз obsесивно-компульсивний розлад (F42) встановлюють у тих випадках, коли obsесивні симптоми або компульсивні дії, або, і те і інше, спостерігаються на протязі найбільшої кількості днів за період двох тижнів поспіль і являються джерелом дистресу та порушення соціальної активності. Obsесивні симптоми повинні мати наступні характеристики:

1. Вони повинні бути розцінені як власні думки або імпульси хворого;

2. Повинна бути хоча б одна думка або дія, яким хворий безуспішно чинить опір;

3. Думка про виконання певної дії не повинна бути сама по собі приємна;

4. Думки, образи чи імпульси повинні повторюватися і бути неприємними для особистості.

5. Хворий, зазвичай, розуміє, що нав'язливі думки або дії являються надмірними або необґрунтованими [33].

Проблема obsесивно-компульсивних розладів в даний період часу являється достатньо актуальною. Незважаючи на проведені дослідження і розробку нових методів психофармакотерапії, лікування хворих даної категорії залишається складною задачею. Дослідження показали, що маніфестація клінічно виражених проявів ОКР припадає на віковий інтервал від 10 до 24 років [34].

Відомо, що серед пацієнтів у лікарів загальної практики частота ОКР складає 11,9% [35], в даному дослідженні мова йде про важкі форми. Така висока поширеність даної патології і визначає актуальність обґрунтування оптимальної терапії. При медикаментозному лікуванні покращення стану вдається досягнути в 66% випадків, але на протязі наступних трьох років даний показник знижується на 15% [36, 37].

Поширеність ОКР в загальній популяції складає 1,5-3%. Захворювання зустрічається, приблизно, в однаковій мірі, як у чоловіків, так і у жінок, і зазвичай зустрічаються у підлітковому віці (до 15 років у третини випадків) [36, 38, 39, 40].

ОКР часто зустрічається разом з іншими психічними розладами (коморбідність): рекурентною депресією (50-70%), соматоформними розладами (30-40%), специфічними або простими фобіями (20-30%), панічними розладами (20-30%), соціальною фобією (20-25%), шизофренією (10-15%), а також синдромом Туретта, хореею Сиденхема і постенцефалічним паркінсонізмом, при яких нав'язливі думки зустрічаються у 35-50% хворих (DSM-IV, 1994). Приблизно у 20-30% хворих ОКР відмічаються тики. У 10-15% хворих ОКР

супроводжується алкоголізмом та іншими токсикоманіями, у 5% спостерігається біполярний афективний розлад [33, 41].

Розуміння проблеми коморбідності ОКР з розладами шизофренічного спектру багато в чому базується на своєрідності клінічної картини і динаміки симптомів неспсихотичного рівня. На відміну від тривожних розладів, наявність obsesivних і компульсивних симптомів є фактором, що свідчить про несприятливий перебіг з резистентністю до терапії [42, 43, 44, 45].

Акцент робиться на особливостях ОКС, що існують автономно і характеризуються деякими проявами, що свідчать про появу змін, подібних до негативних. В якості характерної особливості на себе звертає увагу зміна особистості пацієнта з появою парадоксальної поведінки, підозрілості, конфліктності. Таке розуміння шизообсесій передбачає наявність самостійних розладів шизофренічного кола з власне «невротичним маніфестом». Таким чином, клінічна картина на всьому протязі захворювання обмежується позапсихотичними рамками і схожа з ендогенним процесом лише щодо поступового формування змін негативного кола, тісно переплених з продуктивною шизообсесивною симптоматикою на віддалених етапах перебігу, яке найчастіше може бути визначено як безперервне [46].

Ряд наукових досліджень дає можливість сформулювати концепцію наявності самостійних проміжних форм розладу шизофренічного спектру, де ОКР проявляється ведучою при відсутності ознак маніфестного психозу з однієї сторони та специфічною клінічною картиною та протіканням – з іншої сторони. Ці форми були визначені та попередньо названі: психотичне ОКР, ОК-шизофренія, шизообсесивний розлад та ін. [45, 47, 48, 49].

Rodriguez (2010) запропонував три типи ОКР при шизофренії: шизофренія, коморбідна з ОКР; ОКР з порушенням критичного осмислення; ОКР, викликане антипсихотичною терапією [50].

Вивчаючи наукові дослідження останніх років в якості самостійних форм виділяють також: ОКР, коморбідних з розладом особистості (РО), шизофренія з окремими ОКС і шизофренія, коморбідна з клінічно оформленими симптомами.

Ці форми можуть бути розташовані в складі континууму «ОКР - шизофренія» з послідовною зміною провідної симптоматики і її здатності до відповіді на специфічну антиобсесивну терапію [51].

Патогенетичний механізм розвитку ОКР.

До теперішнього часу накопичено велику кількість даних, які свідчать про порушення в структурах, які контролюються серотонінергічною системою. За допомогою досліджень методом позитронно-емісійної томографії, виявлена зацікавленість у цих хворих орбітальної звивини лобових часток і лімбічних структур мозку, тобто областей, багатих серотонінергічними нейронами, а також хвостатого ядра. Посилений метаболізм глюкози в цих структурах зникає під впливом антидепресантів з серотоніновим механізмом дії [52, 53].

Проводячи аналіз літературних джерел, все більше наукових даних свідчать, що в патогенезі ОКР залучена також і дофамінова система. Це підтверджується тісним зв'язком стереотипної поведінки з мимовільними рухами і високою частотою поєднаного захворювання ОКР і синдромом Туретта (40-60%). Ці системи взаємодіють на рівні базальних гангліїв, в яких перетинаються як серотонінові шляхи з ядра шва середнього мозку, так і дофамінові шляхи з чорної речовини головного мозку. На цьому рівні серотонінові нейрони надають модулюючої (пригнічуючої) дії на дофамінергічну нейропередачу шляхом впливу на серотонінові ауторецептори, що знаходяться на дофамінових нейронах. Коли серотонінергічна система функціонує в нормі, тоді відбувається обмеження активності дофамінергічної нейропередачі. При зменшенні викиду серотоніну здатність до пригнічення дофамінергічної нейропередачі знижується, внаслідок чого між системами розвивається дисбаланс, і дофамінова активність в базальних гангліях стає домінуючою.

Саме цим можливо пояснити розвиток деяких симптомів ОКР (стереотипну поведінку і моторні порушення). З базальних гангліїв еферентні серотонінергічні шляхи через цингулярну звивину йдуть в коркові структури головного мозку, в тому числі лобову кору, з ураженням якої пов'язують

розвиток ідеаторних нав'язливостей [53, 54, 55].

Можна виділити наступні основні принципи терапії, основа якої, повинна носити інтегративний (комплексний) характер – це психотерапевтична ланка і психофармакологічна ланка, і бути направлена на окрему особистість, зменшення вираженості obsesій (нав'язливих думок) та компульсій, а також на підвищення рівня соціальної адаптації та якості життя хворих.

Потрібно наголосити на тому, що підтримуюча терапія досить тривала – від шести місяців до одного року, а інколи і більше. Патогенетичною терапією на сьогоднішній день можна вважати посилення серотонінергічної нейротрансмісії шляхом застосування селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну (СІЗЗС), в деяких випадках можливе застосування трициклічного антидепресанту (ТЦА) – кломіпраміну. Крім цього для опосередкованого посилення дофамінергічної передачі через 5HT_{2A}, 1-ауторецептори в деяких випадках ефективним є приєднання блокаторів рецепторів дофаміна (атипових антипсихотиків (АП)).

Існують, також не медикаментозні методи терапії тяжких та резистентних форм нав'язливостей: електросудомна терапія, транскраніальна магнітна стимуляція, стереотаксична передня капсулотомія або цингулотомія, хоча розвиток тяжких ускладнень, в тому числі судомного синдрому, значно обмежує застосування хірургічного втручання [56, 57, 58, 59, 60, 61].

ПсТ, яка повинна проводитися тривало та інтенсивно, є необхідною умовою для успішного лікування пацієнтів з ОКР на будь-якому етапі, в поєднанні з біологічними методами лікування. Найбільш ефективною являється поведінкова психотерапія (поступове збільшення експозиції тригерних ситуацій з метою десенсибілізації), а також застосування методик ГшТ. Ефект в лікуванні, який досягається за допомогою ПсТ зберігається напротязі декількох місяців і навіть років, на відміну від медикаментозної терапії, після відміни якої часто спостерігаються випадки загострення симптоматики ОКР.

Опрацьовуючи літературу, стало відомо, що прямих порівняльних досліджень фармакотерапії і поведінкової психотерапії не проводилося. Якщо

зіставити непрямі дані у двох систематичних оглядах, стає відомо, що загальна ефективність поведінкової психотерапії приблизно співставлена з фармакотерапією і становить 50-60% [62, 63], проте, багато хворих відмовляються від участі в ній через страх посилення тривоги.

Вибір модальності початкової терапії.

Всесвітня федерація спільнот біологічної психіатрії вважає, що першою лінією терапії ОКР являється КБТ, СІЗЗС та кломіпрамін окремо або в комбінації [64].

Згідно клінічного протоколу надання медичної допомоги пацієнтам, хворим на ОКР, лікувальна програма включає фармакологічні, психотерапевтичні та психосоціальні заходи (Україна, 2007). Перевага надається їх комбінуванню. Процес лікування ОКР включає наступні етапи: активної, стабілізуючої та профілактичної терапії. Тривалість активної терапії становить 12-16 тижнів, стабілізуючої – 6-12 місяців, профілактичної – 1 рік [65].

У фармакологічному лікуванні провідна роль належить антидепресантам (АД): СІЗЗС, інгібіторам зворотнього захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗС та Н), трициклічним (ТЦА), гетероциклічним та іншим групам. Перелічені засоби використовуються у більших дозах, ніж при лікуванні депресії [65].

Якщо в межах періоду активної терапії (12-16 тижнів) не спостерігається позитивних змін психопатологічної симптоматики, йдеться про резистентні форми ОКР. Подолання резистентності включає наступні стратегії:

- збільшення доз та тривалості призначення АД, що застосовується (якщо використовується ТЦА, то збільшення його дози слід супроводжувати лабораторним моніторингом з метою підтримання концентрації препарату у крові в межах 300-400 мкг/л);
- перехід на застосування АД інших груп;
- зміна методу введення АД (з ентерального на парентеральний в умовах спеціалізованого стаціонару);

- підсилення ефекту АД шляхом одночасного призначення препаратів інших фармакологічних груп (наприклад, антипсихотиків другого покоління, антиконвульсантів, стабілізаторів настрою та ін.);

- комплексна терапія двома АД різних груп;
- електроконвульсивна терапія.

Етап стабілізуючої терапії включає використання підтримуючих доз попередньо ефективних засобів. Необхідність застосування фармакологічних засобів визначається особливостями перебігу клінічної симптоматики [65].

Психотерапевтичне лікування ОКР передбачає використання [65]:

- біхевіоральної психотерапії;
- когнітивної психотерапії;
- когнітивно-біхевіоральної терапії (КБТ).

З першого дня лікування обов'язково проводиться психоосвітня робота з пацієнтом та його родиною з метою усвідомлення сутності хвороби та терапевтичного процесу, відновлення соціального функціонування.

Критерії якості лікування [65]:

1. Клінічний – ступінь редукції ОКС протягом не менше 6 місяців і стабільність психічного стану протягом 6 місяців.

2. Соціально-психологічний – відновлення попереднього рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації.

У Британському протоколі щодо терапії ОКР рекомендується наступне (NICE, 2005) [66]:

- у дітей і підлітків – незалежно від ступеня тяжкості завжди спочатку використовувати КБТ, лише при недостатній ефективності останньої призначати АД СІЗЗС;
- у дорослих при легких або помірних формах ОКР – пропонувати на вибір КБТ або фармакотерапію АД СІЗЗС;
- при тяжких формах ОКР у дорослих – комбінована терапія КБТ + фармакотерапія АД СІЗЗС.

Згідно оновлених практичних рекомендацій (інструкцій) по лікуванні

пацієнтів з ОКР Американської психіатричної асоціації (АРА, 2013), в якому представлені нові дані, які появились після публікації попередніх рекомендацій (2007). Автори оновлених інструкцій L.M. Koran та Н. Blair Simpson узагальнили терапевтичні підходи при ОКР, які включили фармакологічні препарати, психотерапевтичні інтервенції та її комбінації [67].

Вибір медикаментозного лікування.

Більшість дослідників вважають, що хорошого ефекту в лікуванні ОКР можна досягти за допомогою ТЦА, головним чином, кломіпраміну [68, 69, 70, 71, 72]. Крім кломіпраміну, застосовувалися іміпрамін, амітриптилін, докsepін і дезипрамін [73, 74, 75]. Більшість цих досліджень було виконано за участю невеликої кількості хворих і без належного контролю. У декількох систематичних оглядах з проведенням мета-аналізу на матеріалі більше 2000 хворих з ОКР [76, 77, 78, 62, 79, 80, 81] були отримані переконливі докази переваги СІЗЗС над плацебо. На даний момент досить добре вивчена дія при ОКР флувоксаміну [82, 83, 84, 85], флуоксетину [86, 87], сертраліну [88, 89, 90], пароксетину [91, 92, 93] і циталопраму [94, 95, 96]. Вище перелічені препарати виявилися досить ефективними, тобто перевершували плацебо, по відношенню щодо зменшення вираженості ідеаторних нав'язливих думок, так і ритуальних дій, незалежно від того, наскільки вираженою була супутня депресивна симптоматика.

При систематичному прийомі препаратів та оптимально підібраній дозі ефект розвивається досить швидко (уже на 2-4-му тижні терапії) і поступово посилюється до 8-12-го тижня. Терапевтичні дози СІЗЗС близькі до максимальних і в середньому вище, ніж при лікуванні депресій. Для флувоксаміну вони складають 150-300 мг/д, флуоксетину - 40-80 мг/д, сертраліну - 150-250 мг/д, пароксетину - 40-60 мг/д і циталопраму - 40-60 мг/д [97, 98, 99]. У деяких препаратів є пряма кореляція між дозою та ефективністю [92, 95]. При лікуванні ОКР має хорошу ефективність і есциталопрам. В недавніх дослідженнях представлено кілька додаткових доказів ефективності і переносимості застосування високих доз циталопраму і есциталопраму, за цим

послідувало попередження FDA про можливу клінічно значущої пролонгації інтервалу QT: «циталопрам не слід призначати в дозах, що перевищують 40 мг/д» (FDA, 2011) [1].

У відсутність ефекту або недостатній ефективності лікування протягом 2-3 місяців слід насамперед ще раз оцінити правильність діагностики та дотримання хворим режиму терапії. Якщо в стані хворого є певна позитивна динаміка, тоді доцільно продовжити терапію в тих же або при необхідності дещо більших доз протягом 2-3 місяців. Тривалість терапії серотонінергічними антидепресантами в середньому становить близько трьох місяців, але в деяких дослідженнях лікування проводилося протягом більше двох років [100, 101]. В більшій частині випадків, протягом року після відміни лікування даною групою препаратів, ОКС відновлюється, хоча у незначній частині хворих спостерігалася і більш стійка ремісія [100], особливо при використанні підтримуючої психотерапії. У разі прийняття рішення про скасування ефективної профілактичної терапії робити це потрібно поступово, зменшуючи дозу на 20-30% кожні 2-3 місяці [102, 33].

Згідно сучасних рекомендацій щодо лікуванні ОКР ендогенного регістру можна виділити наступні принципи [51]:

1. До основної терапії серотонінергічними АД, призначеними у зв'язку з первинним проявом ОКР, при вираженій резистентності, появі окремих суб- / психотичних ознак або при наявності коморбідної шизотипової особистісної патології необхідно приєднувати АП в початкових дозах (для рисперидону: 1-2 мг/д). Їх призначення проводиться за принципом супутнього лікування, тобто гнучко змінюється в залежності від особливостей поточного стану і не є обов'язковою частиною підтримуючого або профілактичного етапів.

2. При виявленні ОКС в структурі шизофренічного стану до базової терапії АП додаються серотонінергічні АД, дозування і тривалість застосування яких визначаються виразністю і динамікою коморбідної ОКС.

На даний момент існують рекомендації по призначенню атипичних АП, які сформульовані наступним чином [51, 103]:

1. Атипові АП є засобами першого вибору для терапії шизообсесивного розладу (кветіапін, рисперидон [104], амісульприд, арипіпразол [74], оланзапін [106]).

2. У разі не достатнього ефекту, наступним тактичним рішенням має бути приєднання АД з групи СІЗЗС. Ці препарати повинні призначатися тільки пацієнтам, в яких психічний стан розцінюється як стабільний щодо продуктивної психотичної симптоматики. Аналогічним чином, слід уникати призначення АД пацієнтам з агресивною поведінкою в анамнезі.

3. При відсутності відповіді на комбіноване лікування доцільно приєднювати препарати з групи антиконвульсанти (тимолептики (ТМЛ)) (наприклад, ламотриджин) або використання додаткових методів біологічної терапії (стимулятори, протизапальна терапія та ін.).

Останні дослідження, щодо доповнення лікування СІЗЗС з АП другого покоління свідчать про деякі сумніви в ефективності кветіапіну, рисперідону і вказують на ефективність використання арипіпразолу [107]. В двійному сліпому дослідженні були отримані результати, що підтверджують використання арипіпразолу в якості доповнення до терапії ОКР, в дозі 15 мг/д. Хоча, відкритим залишається питання переносимості додаткового використання препаратів з групи АП, при тривалому лікуванні ОКР.

У двох сліпих перехресних дослідженнях було відмічено зменшення важкості симптомів ОКР при використанні стимуляторів. Серед них використовувалися декстроамфетамін (30 мг/д) або великих доз кофеїну (300 мг/д), в якості доповнення до лікування резистентних форм ОКР [108].

І ще б хотілося відмітити дані щодо сучасних досліджень, які свідчать про можливу роль в патофізіології ОКР порушення регуляції збудження нейротрансмітеру глутамату [109, 110]. Дослідження продемонструвало ефективність топірамату, в якості додаткової терапії, ламотриджину (100 мг/д, починаючи з 25 мг/д підвищуючи дозу протягом 4 тижнів) [111, 112].

Вивчаючи дані сучасної зарубіжної літератури, можна сказати, що монотерапія з використанням препаратів будь-якої групи, будучи це, АД з

групи ТЦА чи СІЗЗС, АП чи використання інших науково обґрунтованих медикаментозних засобів, методик ПсТ, на сьогоднішньому етапі ми повинні розглядати лікування даної патології в інтегративному ключі. Тобто, поєднуючи: ПсТ з ПфТ (АД); АД з АП; АД з стимуляторами; АД з ТмЛ, і в свою чергу, підкріплюючи це необхідністю проведення для пацієнта індивідуальної чи групової ПсТ, використовуючи відповідну психотерапевтичну методику на певному етапі лікування.

1.2. Психотерапія пацієнтів з obsесивно-компульсивним розладом, як невід’ємна складова ресоціалізації

ОКР є поширеною патологією, здатною істотно знижувати якість життя людей. Ними страждають, як правило люди з високим інтелектом.

Якщо говорити про деякі феноменологічні аспекти ОКР, то одним з основних ознак ОКР є нав’язливі, пережиті як чужі особистості ідеї, сумніви, страхи, тобто вони є Еґо-дистонними для особистості. Ступінь їх вираженості може варіювати від не яскраво виражених «думок-здогадок» до вкрай болючих сумнівів, що поширюються на самосприйняття пацієнтів з ОКР. У obsесивних особистостей має місце феномен «гіпервігільності» тобто прагнення абсолютно достовірно прорахувати результати кожної дії.

Якщо в разі норми «життя самоочищається допомогою відданості силам майбутнього і завданням, які захоплюють нас в майбутнє» [113], то в разі obsесивності доводиться стикатися з певним «дефіцитом довіри до життя». Здатність діяти пов’язана з певним ризиком, і підкріплюється здатністю створювати відносини з неперевіреними фактами (тобто вірою). Саме ця частина вольового процесу у пацієнтів з ОКР відщеплена і викривлена, спрямована проти дії і самореалізації [114].

При ОКР – сумніви можуть посилюватися настільки тотально, що іноді призводить до відчуття деперсоналізації пацієнтом. Нездатність до прийняття невизначеності та непередбачуваності життя як екзистенціального факту,

прагнення підмінити властивий життю елемент спонтанності зверхпередбачуваним ставленням і являє собою ядро obsесивності [114, 115].

КБТ, яка, відповідно до сучасних протоколів, є методом першого вибору при лікуванні ОКР у дітей і підлітків та одним з двох методів першого вибору лікування ОКР у дорослих поряд із фармакотерапією АД з групи СІЗЗС [2].

Нейробиологічна схильність у моделі КБТ може доповнитися і додатковими чинниками схильності, які пов'язані з психосоціальним досвідом людини, зокрема у дитинстві, та формуванням певних особистісних переконань (мовою КБТ – глибинних переконань/схем та пов'язаних з ними дисфункційних припущень). Розвиток розладу неможливий за наявності лише одного із факторів, лише їх сукупність призводить до його виникнення. При ОКР критичним випадком можуть бути найрізноманітніші події, причому вони, зазвичай, специфічні до теми obsесій. При ОКР окремі інтрузивні думки набувають характеру obsесій, коли існують певні підтримуючі цикли [2].

Тобто ми говоримо про те, що в певній ситуації виникає інтрузивна думка, яка викликає тривогу, таким чином ця думка стає, свого роду, умовним стимулом в результаті чого розвивається «фобія власних думок». На відміну від інших фобій, де уникнення об'єкту фобії є відносно можливим, то спроби «не думати» певні думки ведуть лише до їх підсилення (часта поява цих думок у свідомості). Таким чином, інтрузивна думка набуває нав'язливого характеру, що в свою чергу веде до збільшення тривоги та нових когнітивних оцінок – «відчуття відсутності контролю над думками».

До нав'язливих думок прогресивно додається компульсивна діяльність та наростає унікаюча поведінка. Сумарно obsесії, компульсії, унікаюча поведінка та тривога спричиняють дистрес, обмежують життєвий простір людини, впливають на якість життя, призводять до інвалідації. Звичайно, якщо ніщо не зупиняє ці цикли наростання проблеми, то тривога генералізується далі, розвиваються нові obsесії та компульсії, наростає унікаюча поведінка. У значної частини пацієнтів з ОКР перелічене вище вреспті може викликати відчуття загнаності у глухий кут, відчай щодо можливості звільнитися від цього, жити повноцінним життям – все це стає

підґрунтям до розвитку вторинної депресії, яка, згідно з даними досліджень, є коморбідною до ОКР у 30% випадків [2, 116].

Слід зазначити, що зусилля, які прикладає людина, хвора на ОКР (компульсії, уникнення, пошук завірень/заспокоєння, намагання «не думати» певні думки), є ключовими компонентами підтримки процесу розладу і механізмом його подальшого розвитку. Шляхи вирішення проблеми самі стають причиною проблеми [117]. Тому основними цілями когнітивно-поведінкової терапії ОКР стає допомога пацієнтові у розумінні «злоякісного» характеру цих підтримуючих циклів та їх поступової зупинки, а також у виробленні більш адекватних оцінок та більш ефективних стратегій подолання симптомів ОКР [2, 116, 117].

Основними техніками, якими користуються в КБТ це: техніка експозиції з попередженням реакції з метою габітуації (згасання) тривоги; техніки майндфулнес-підходу, націлені на «прийняття» та «відпускання» думок, вихід з потоку обдумування; когнітивні техніки та поведінкові експерименти з метою корекції наданого думкам/тривозі значення.

Розглядаючи пацієнта з ОКР з точки зору теорії ГшТ можна відзначити, що пацієнт без труднощів виділяє фігуру (тобто власні потреби), але дозвіл на перехід до дії не відбувається (в переважній більшості в результаті інтроєктивних переживань), «обсяг незавершеної дії» наростає, напруженість потреби переростає в занепокоєння і накопичення сумнів (когнітивний еквівалент тривоги), набуває характеру тотального [118, 119].

Таким чином, особистість ретрофлексуючи дію фіксує цикл на етапі сканування себе (власних потреб) і поля (взаємодії з фоном), і так відбувається до тих пір, поки фігура не зазнає зворотну динаміку, поступово втрачає чіткість і зливається з фоном. Цей цикл повторюється знову, аж до того, як сама потреба не починає переживатися в фоні як чужа свідомості обсесія, набуваючи хворобливий нав'язливий характер.

Функція ідентифікації вибору (Его) блокуються характерним методом одночасного «так» і «ні» - псевдовибори. У цьому феномені приховані одночасно і внутрішня відмова і внутрішня згода. Такий механізм може бути захистом в ранніх

відносинах, коли дитина просто не має права на відмову у виконанні того чи іншого розпорядження батьків, так як така відмова загрожує покаранням (у вигляді батьківського гніву, емоційного відторгнення, або демонстративної образи).

З раннього анамнезу пацієнтів з ОКР становить інтерес патологічного сімейного впливу у вигляді «поля сумніву» носіями якого є один або обоє батьків з тривожно-недовірливими рисами. Найчастіше це пов'язано з гіперопікою дитини, підвищеним контролем з боку батьків, в результаті чого у дитини не формується довіри до власного досвіду і здатності діяти («ще раз перевір, чи все готово на завтра?») Такий спосіб ставлення до життя згодом інтроєкується, перетворюючись з зовнішнього контролю в самоконтроль [114, 120].

В результаті інтроєкції сумнівів, страхів obsесивний пацієнт змушений постійно «прораховувати» результати своїх дій, раціоналізувати їх, пояснюючи самому собі право на їх дозвіл, деперсоналізуючи дії за допомогою різних ретрофлексій і нескінченного сканування себе і поля. Цей процес може витіснятися в процедурну пам'ять (одна із видів довготривалої пам'яті) настільки, що стає несвідомим і майже миттєвим, афект ізолюється від дії. Це і являється механізмом кристалізації obsесивно-компульсивного розладу [114, 117, 121].

Пацієнти з ОКР як в діагностиці, так і в лікуванні потребують інтегративного підходу [122].

Якщо розглядати теорії формування особистості, необхідно звернутися до історії психоаналізу, яка і лежить в основі формування такого напрямку психотерапії, як гештальт.

Абсолютно точно мають найбільше клінічне значення - від теорії драйвів і неврозів Фрейда, включаючи Его-психологію, Селф-психологію (або психологію власного «Я»), традицію об'єктних відносин, до найсучасніших міжособистісних підходів, - і представляє їх у вигляді внутрішньо структурованої системи, що розвивається. Логічною кульмінацією цього розвитку стало побудова «діагностичної системи координат», що включає два вимірювання:

1) рівень розвитку особистості (що визначає ступінь психологічного благополуччя або порушення індивіда)

2) тип організації характеру (що надає кожній людині його унікальну неповторність і, в той же час, що поєднують його з іншими представниками людського роду).

Таким чином, кожну людину можна описати як таку, яка має певний рівень розвитку особистості (психотичний, межовий, невротичний) і тип організації характеру (обсесивно-компульсивний (ананкастний), істеричний, параноїдний, депресивний і так далі). Це буде означати, що цій людині властивий певний патерн імпульсів, тривоги, захисних механізмів і об'єктних відносин, який в травмуючій ситуації, яка перевершує адаптаційні можливості індивіда, може зумовити декомпенсацію у вигляді відповідного розладу [123].

Визначивши основні мішені для психотерапевтичного впливу, в подальшому є можливість застосування гештальт-підходу в терапії ОКР.

Існує ряд стратегічних і тактичних прийомів спрямованих на поступове розблокування і усвідомлення механізмів, що лежать в основі ОКР. З точки зору стратегії, важливо утримати фігуру клієнта, не дозволяючи їй зануритися в фоні і фіксувати увагу на усвідомленні переходу усвідомлення / дію і переривання цього процесу. На етапі дії важливо сприяти найбільш повного вираженню себе і своїх почуттів в дії, аж до асиміляції досвіду. Традиційно застосовна робота з вибором, ідентифікацією, відторгненням, створенням границі через заохочення здатності сказати «ні», відстоюючи себе. Застосовується і високо ефективна техніка роботи з полярностями та їх інтеграції через проживання [114, 116].

Однією з «мішеней» для терапевта є нездатність пацієнта з ОКР до завершення контакту, виходу з нього (відомий як «хронічний контакт з подіями минулого чи сьогодення»). Усвідомлення цього може бути реалізовано у вправі в «постановці точки» в пережитому досвіді. Сам цей процес супроводжується емоційною розрядкою, і відносини завершуються за допомогою «прощання, вибачення і подяки», точніше створюються такі умови для їх завершення. При цьому розблокується здатність до «відпускання події» переключенню, виходу з контакту, відмови від відносин, можливостей і подій не пов'язаних з життєвим досвідом [114, 121].

Поряд з obsесивністю для ОКР характерна компульсивність (нав'язливі дії і потяги). Бажання і потяги характеризуються нездоланною силою, діяльність стає неузгодженою з мотивацією і впливає в ритуал (дію без діяльності), носить безоб'єктний характер. Пацієнт, що страждає на ОКР коливається в полярності зверх-розсудливості та нерозсудливості. Усвідомленість даних процесів ставить на чільне місце терапевта, що носить більш інтегральний характер, включає в себе і когнітивний, і афективний і експресивний компонент аж до інтенційності клієнта, і частина роботи терапевта спрямована на перетворення компульсивної діяльності в усвідомлену діяльність, за рахунок фокусування на переході від усвідомлення до дії [114, 123].

Компульсивний пацієнт, долаючи відчуття нестачі часу, пов'язане з хронічною затримкою реалізації потреб на етапі сканування себе і поля, починає часом нестримно поспішати саме в той момент, коли їх задоволення наближається до завершення. З боку терапевта важливо, зупинивши клієнта «в зрілій фігурі» запропонувати здійснювати дію неквапливо, а усвідомлено переживаючи і асимілюючи переживання. Важливими є вправи, спрямовані на усвідомлення часу, його меж і цінності як такої. Це може бути реалізовано за допомогою медитації, метафори, полярності скінченності / нескінченності, підтримування границь часу терапевтичної сесії як мікромоделі часу життя [113, 114, 124].

Ці процеси пов'язані з дезавтоматизацією діяльності, переробкою переривань, які зберігаються в процедурній пам'яті. Важливо сприяти розвитку «включеності в процес» у клієнта [114]. Терапевт пропонує клієнту концентрацію на процесі, проживання його «тут, тепер і зараз» та повне вираження себе в процесі.

Інша частина роботи, яка реалізується в терапії, пов'язана з усвідомленням звичних ретрофлексій з відновленням саморегуляції в контакті. Серед них можна назвати перетворення самоконтролю в контроль за іншими, самостереження в спостереження за іншими, нарцисизму в здатність будувати відносини прихильності, самозвинувачення в здатність звинувачувати інших, що реалізується в процесі групових або індивідуальних зустрічей (терапії) [114]. Таким чином, ретрофлексії являються джерелом внутрішньої напруги для хворих з

ОКР, пропрацюючи її на терапевтичних сесіях, це дає можливість зменшенню напруги obsесивності і в свою чергу не дає можливості закріплювати процес живлення дискомфортних відчуттів (тривоги, страху). Робота з «теперішнім» (актуальністю) дозволяє відновити спрямованість дії в майбутнє, замість характерного для ананкастних особистостей ретроспективного характеру діяльності, власне відтермінування відкладання і затримки дії.

В процесі ГштТ пацієнтів з ОКР відбувається асиміляція інтроєктивних переживань через проживання вибору, опрацювання відчуття обов'язку і заборон зменшує відчуття ірраціональної провини. Цьому ж сприяє декларація і привласнення екзистенціального права, насамперед право мати права, право «бути», права на помилку.

Дуже часто, терапевт стикається в своїй роботі з пацієнтами з ОКР, де прослідковується патологічний вплив сімейної системи. В такому випадку важливим буде робота з проясненням властивостей границь всередині сім'ї, над зміцненням границь самого клієнта, розвитком його асертивності і здатності до незалежної дії, присвоєнням права, усвідомленням екології мікросистеми:

- через усвідомлення тілесних проявів, проводиться робота у розвитку спонтанності;

- через спрямоване фантазування, проводиться робота з проблемою змішування відповідальності і провини.

Пацієнт з ОКС часто приносить на терапевтичну зустріч формалізм, ритуальність, стриманість, зверх-раціональність, перфекціонізм, очікування.

Варто пам'ятати про можливість розвитку паралельного процесу у терапевта в вигляді ретрофлексії, дифлексії, з подальшою нездатністю утримання в фігурі. Протиставити цьому важливо усвідомленість терапевта, його границь та тримати увагу до трьох аспектів зустрічі [122]:

- «що в мені?...»;

- «що в клієнті?...»;

- «що між нами?...».

Необхідно акцентувати увагу на те, що являється ресурсом для самого терапевта, що терапевт відчуває в контрпереносі - є вкрай корисними у зустрічі з обсесивним клієнтом. Розуміння про три аспекти, які висвітлені вище, дає можливість терапевту минути ті пастки в які потрапляє сам пацієнт і сприяє творчості в терапевтичних відносинах з позиції ГшТ.

1.3. Медико-соціальна та психологічна модель реабілітації хворих з обсесивно-компульсивним розладом

Існує багато моделей психосоціальної реабілітації та поглядів на методи її проведення. Однак всі вчені та практики сходяться на думці, що результатом реабілітаційних заходів повинна бути реінтеграція (повернення) психічно хворої особи у суспільство. При цьому самі пацієнти повинні відчувати себе не менш повноцінними членами суспільства, ніж інші громадяни. Отже, метою реабілітації можна визначити: поліпшення якості життя та соціального функціонування людей з психічними розладами через подолання ними соціальної відчуженості, а також підвищення активної життєвої та соціальної позиції [125].

У «Заяві про психосоціальну реабілітацію», розробленою Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) сумісно з Всесвітньою асоціацією психосоціальної реабілітації 1996 р., перераховані наступні задачі реабілітації:

- зменшення проявів психопатологічних симптомів за допомогою лікарських препаратів, психотерапевтичних методів лікування та психосоціального впливу;
- підвищення соціальної компетентності психічно хворих шляхом розвитку навичок спілкування, трудової діяльності, вміння долати стреси;
- зменшення дискримінації та стигми;
- підтримка сімей, в яких є хворі з психічними розладами;
- створення та збереження довготривалої соціальної підтримки, задоволення базових потреб психічно хворих осіб, до яких належать

забезпечення житлом, працевлаштування, організація дозвілля, створення соціальної мережі спілкування;

- підвищення автономії психічно хворих, покращення їх самодостатності та самозахисту.

Важливу роль, в адаптації до стресорів, відіграють характерологічні та фрустраційні особливості особистості пацієнта. Психотерапевтична корекція, в свою чергу розробка та застосування психологічної моделі реабілітації на різних рівнях дасть можливість зниженню дезадаптивної захисної діяльності пацієнта, відновлення порушених відношень особистості, усвідомлення та розрішенню конфліктів. Аналіз взаємозв'язку особистісних характеристик, особливостей ОКР необхідний для диференційованої та адекватної терапії таких хворих, яка дозволить значно поліпшити їх психічний стан, зменшити клінічні прояви захворювання, а також підвищити ефективність лікувального впливу біологічного характеру та можливості розробки індивідуальної програми медико-соціальної реабілітації (навчання навикам, програмування навиків, координація ресурсів, модифікація ресурсів).

Таким чином, проблема реабілітації хворих з ОКР виходить на один з перших ланок не тільки в рамках психіатрії, але й загальної медицини.

Групою вчених було виділено різницю між лікуванням та реабілітацією [126], представленою в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Відмінності між лікуванням та реабілітацією

	Лікування	Реабілітація
Ціль	Редукція симптоматики або розвиток терапевтичного інсайту	Покращення функціонування в специфічному оточенні
Основоположна теорія	Ґрунтується на багатьох теоріях причинності, які визначають характер втручань	Немає теорії причинності
Направленість	Минуле, теперішнє і майбутнє	Теперішнє і майбутнє
Зміст діагнозу	Оцінює симптоми і	Оцінює збережені

Продовження таблиці 1.1

	можливі причини їх появи	можливості хворого і проявляє підтримку ззовні
Основні методи	Психотерапія, фармакотерапія	Навчання навикам, програмування навиків, координація ресурсів, модифікація ресурсів
Історичні корені	Психодинамічна теорія, соматична медицина	Розвиток гуманітарних ресурсів, професійна реабілітація, фізична реабілітація, клієнт-орієнтована терапія, спеціальне навчання

Психосоціальна реабілітація (визначення ВООЗ) - це процес, який дає можливість людям зі слабким здоров'ям або особам, що отримали інвалідність у результаті психічних розладів, досягти свого оптимального рівня незалежного функціонування у суспільстві, а також це постійний, безперервний процес, який об'єднує комплекс медичних, психологічних, педагогічних, соціально-економічних та професійних заходів.

Завданням психосоціальної реабілітації є відновлення порушень когнітивних, мотиваційних та емоційних ресурсів особистості, враховуючи знання, вміння, навички взаємодії та вирішення проблем тощо, в осіб із психічними розладами з проблемами соціальної адаптації та певними труднощами інтеграції в суспільство.

У реабілітаційній роботі використовується комплекс психосоціальних впливів - різних форм та методів, які спрямовані на відновлення потенціалу самого пацієнта, що робить можливим досягнення ним рівноправного положення в суспільстві.

Заходи з психосоціальної реабілітації змінюються залежно від потреб пацієнтів, місця, де відбувається реабілітаційний вплив (суспільство чи медичний заклад), а також від культурних та соціально-економічних умов

держави, де проживають хворі. Основу таких заходів, як правило, складають:

- трудова реабілітація;
- працевлаштування;
- професійна підготовка та перепідготовка;
- соціальна підтримка;
- забезпечення житлових умов;
- освіта;
- психіатрична та психологічна просвіта, навчання тому, як справлятися

з симптомами, підвищення загального психологічно-культурного рівня, набуття навичок відновлення та збереження психічного здоров'я;

- набуття та відновлення навичок спілкування;
- набуття навичок незалежного життя;
- реалізація духовних потреб, інтересів та організація дозвілля.

Таким чином, вищенаведений перелік заходів свідчить, що психосоціальна реабілітація - процес комплексний і спрямований на відновлення та розвиток різних сфер життєдіяльності людини [125].

Протягом останніх років консенсус у поглядах на основну ідеологію реабілітації дещо прогресував. У таблиці 1.2 приведена модель реабілітації, на якій заснована ідеологія психіатричної реабілітації [125].

Таблиця 1.2

Модель реабілітації

Стадії	I. Пошкодження	II. Дисфункція	III. Обмеження
Визначення	Втрата або аномалія психологічних, фізіологічних або анатомічних структур або процесів	Обмеження або втрата (в результаті пошкодження) здатності діяти у відповідності або в рамках, які вважаються нормальними для людини	Невигідне для даної особи положення в результаті пошкодження і/або неієздатності, яке створює обмеження або перешкоди для виконання ролі, що являється нормою (в залежності від віку, статі, соціальних та культурних

Продовження таблиці 1.2

			факторів) для даної особи
Приклади	Галюцинації, маячіння, надцінні ідеї, депресія	Недостатність навиків пристосування до роботи, соціальних вмінь, побутових навиків	Статус безробітного, бездомного
Типові міри впливу	Лікування, направлене на редукцію або усунення патології	Клінічна реабілітація, що сприяє розвитку умінь і навиків клієнтів і підтримки зі сторони оточення	Реабілітація суспільства, направлена на зміну системи, в якій живе індивід

Досвід підтверджує, що біологічне лікування і психотерапія використовуються в цілях редукції патологічних симптомів. При аналізі відмінностей між лікуванням та реабілітацією вказували, що зазвичай лікування спрямоване більше на мінімізацію хвороби, а реабілітація - на максимізацію здоров'я [127]. Усунення або локалізація пошкодження (наприклад лікування) не приводить автоматично до поліпшення функціонування особистості (наприклад, зниження неспроможності). Подібним же чином зменшення ступеня неспроможності не призводить автоматично до редукції пошкодження, хоча така можливість не виключається [128].

Клінічна практика у сфері психіатричної реабілітації, що включає медико-соціальну та психологічну моделі реабілітації хворих, в тому числі, і з обсесивно-компульсивним розладом, включає дві основні стратегії: 1) розвиток умінь і навичок пацієнта та 2) організація підтримки зі сторони оточення.

Втручання, що відносяться до реабілітації пацієнтів та реабілітації суспільства, не являються взаємним виключенням один одного. Слід зазначити, що як реабілітація пацієнтів, реабілітація суспільства доповнюють один одного, так і реабілітаційні втручання можуть бути доповненням до лікування. Особи, які страждають на психічні розлади, зазвичай потребують як лікувальних, так і

реабілітаційних заходів.

У міру того як концептуальна модель реабілітації набувала визнання, сформулювалися її основні принципи [129]. Ці принципи діють у багатьох типових програмах, створених для реабілітації осіб з психічними розладами. У роботах Beard [130], Lamb [131], Dincin [132] та серед інших вчених описується згода все більшого числа вчених щодо змісту дев'яти основних принципів психіатричної реабілітації, що впливають як на установи, в яких вони використовуються, так і на професійну діяльність фахівців.

Основні принципи психіатричної реабілітації:

1. Найважливішим завданням психіатричної реабілітації є удосконалення компетентності осіб з психічними розладами.
2. Користь психіатричної реабілітації для користувачів виражається в оптимізації поведінки в необхідному для них оточенні.
3. Психіатрична реабілітація є еkleктичною у використанні різних методів.
4. Центральне місце в психіатричній реабілітації займає підвищення працездатності осіб з інвалідизуючими психічними розладами.
5. Суттєвою складовою частиною процесу реабілітації є надія.
6. Продумане підвищення залежності пацієнта може привести в кінцевому результаті до збільшення ступеня незалежного його функціонування.
7. Бажаним являється активне залучення користувачів в процес їх реабілітації.
8. Два основних типи втручань психіатричної реабілітації - це вироблення умінь і навичок пацієнта і організація підтримки з боку оточення.
9. Тривале медикаментозне лікування часто являється необхідним, але рідко виявляється достатнім компонентом реабілітаційного втручання.

Дослідники досягли певного прогресу у виявленні різноманітних характеристик успішних програм психіатричної реабілітації: 1) ефективні втручання повинні бути безпосередніми і біхевіоральними; 2) програми реабілітації мають специфічний вплив на супутній результат при обмеженому

застосуванні до інших сфер; 3) короткострокові втручання менш ефективні, ніж довгострокові; 4) втручання повинні здійснюватися в безпосередньому звичному для пацієнта оточення; 5) ефективні програми найчастіше поєднують розвиток умінь і навичок у користувача з підтримкою з боку оточення [133].

У процесі психіатричної реабілітації беруть участь багато сторін: користувачі, члени їх сімей, професіонали, що надають допомогу, керівники служб з охорони психічного здоров'я, державні органи. У кожній стороні своє бачення процесу реалізації концепції реабілітації.

Думка користувачів має величезне значення для психіатричної допомоги в цілому і реабілітації зокрема [134, 135]. Точка зору користувача - це не просто відправний пункт процесу надання допомоги. Специфіка розуміння користувачем своєї проблеми, вимоги до шляхів досягнення своїх цілей є частиною інформації, необхідної для того, щоб пристосувати процес лікування і надання допомоги до кожного конкретного користувача [136, 137, 138, 139]. Точка зору користувача, дає уявлення про те, якими якостями повинен володіти процес надання допомоги саме цій людині.

У рамках сформованих між користувачами та постачальниками допомоги робочих відносин в процесі психосоціальної реабілітації слід з'ясувати переваги користувача і більше активно підтримувати його у прийнятті самостійних рішень [140, 141, 142]. Особливо це стосується переходу постачальника допомоги від патерналістичної позиції до позиції, націленої на те, щоб допомогти користувачеві самому з'ясувати, що найкраще для нього [143, 144, 145]. Що стосується залучення членів сім'ї, то цей напрям вже набуває особливу важливість. Якщо відповідно до прогнозів в системі психіатричної допомоги, де інституціоналізація буде здійснюватися і далі, у професійних постачальників допомоги та сімей може виникнути необхідність у налагодженні партнерських відносин. Це передбачає зміну відносин всіх сторін [146, 147, 148, 149, 150].

Професійним постачальникам допомоги будуть потрібні нові знання про те, що означає бути членом сім'ї або помічником родича, що хворіє [151, 152,

153, 154, 155, 156]. Але, крім цього, виникне необхідність у формуванні у постачальників допомоги нового ставлення до членів сімей і навичок успішного поділу завдань з надання допомоги. З точки зору членів сім'ї, важливим результатом такої співпраці є формування чіткої позиції і ролі в системі надання допомоги [157, 158, 159, 160]. У багатьох випадках корисним може бути діалог, що до близькості і дистанціюванні, яка встановлюється в процесі надання допомоги: коли відновлення є результатом дій самого користувача і яка роль членів сім'ї в цьому процесі.

З організаційної точки зору чекає велика робота по залученню членів сімей та користувачів до надання допомоги [161, 162, 163, 164, 165].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Отже, при проведенні адекватної терапії вираженість нав'язливих думок може істотно зменшуватися, у більшості хворих прогноз в цілому не дуже сприятливий. Захворювання, як правило, має хронічний рецидивуючий характер.

Прогноз може бути більш сприятливим, якщо захворювання почалося в більш пізньому віці, рівень преморбідної адаптації був досить високий, а симптоми захворювання виражені помірно або легко.

При ранньому початку і наявності особистісних порушень прогноз значно погіршується. Вичурні нав'язливі думки або ритуальні дії, а також приєднання виражених компульсій і відсутність супротиву їм, також погіршують прогноз протікання даного захворювання. Істотно ускладнює перебіг ОКР приєднання депресії, яка, за деякими даними, спостерігається майже у 80% хворих. Суїцидальні ідеї досить часті при ідеаторних нав'язливостях, проте рідко призводять до суїциду.

ПфТ в цілому може покращувати прогноз перебігу захворювання.

До факторів, які несприятливо впливають на терапію, відносять ранній початок захворювання, наявність розладів особистості і особливо шизотиповий розлад особистості, високу частоту загострень і госпіталізацій, наявність важкої супутньої депресії, резистентність до попередньої терапії [33].

Враховуючи складний патогенетичний механізм формування ОКР терапія даного розладу повинна носити комплексний характер, включаючи ПфТ з використанням різних груп препаратів в поєднанні з ПсТ та психоосвітньою роботою з метою підвищення рівня комплаєнтності пацієнта.

Терапія носить тривалий характер, скасування ліків повинна проводитися повільно з урахуванням індивідуальної реакції пацієнта та вираженості симптоматики.

Розуміння феноменології ОКР з позиції як ГшТ, так і КБТ дає можливість розвивати техніку в практичній роботі з пацієнтами з ОКР як невротичного так і субпсихотичного регістрів. В подальшому дозволить виділити мішені терапевтичного впливу, дасть можливість зрозуміти якими копінг-стратегіями користується пацієнт та якими копінг-ресурсами володіє з точки зору теорії та методики ГшТ та КБТ.

Усвідомленість даних процесів ставить на чільне місце терапевт, що носить більш інтегративний характер, включає в себе і когнітивний, і афективний і експресивний компонент аж до інтенційності клієнта, і частина роботи терапевта спрямована на перетворення компульсивної діяльності в усвідомлену діяльність, за рахунок фокусування на переході від усвідомлення до дії. Робота над зміцненням границь самого клієнта, розвитком його асертивності і здатності до незалежної дії, присвоєнням права, усвідомленням екології власної мікросистеми являється однією з важливих процесів успішної терапії [166, 167].

Застосування на всіх етапах психіатричної допомоги поряд з адекватною ПфТ психосоціальних лікувальних і реабілітаційних мір являється однією з актуальних задач сучасної психіатрії і потребує спеціального вивчення і формування підходів для застосування в практику [168, 169]. Основними складовими психосоціальної програми є лікування (ПфТ і ПсТ) та реабілітація (лікувально-реабілітаційні поради) (рис. 1.1).

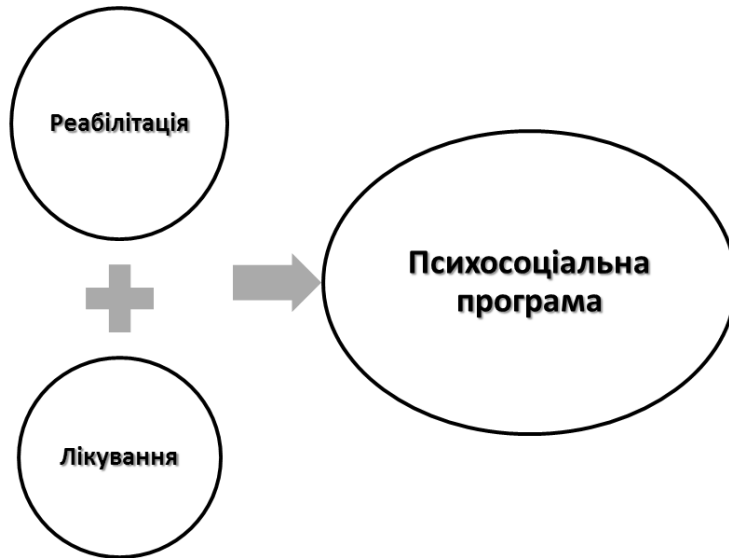


Рис. 1.1. Структура лікувально-реабілітаційних програм.

Результати викладені в цьому розділі, опубліковані в наступних наукових працях:

1. Кричун (Челядин) Ю.Я. Медико-соціальна та психологічна модель реабілітації хворих з obsesивно-компульсивним розладом (огляд літератури). *Психічне здоров'я*. 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 obsesивно-компульсивного розладу. *Психічне здоров'я*. 2014. № 4 (45). С. 39-45. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).

3. 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. P. 191-199. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).

РОЗДІЛ 2

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ І МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Інформація про поширеність ОКР на сьогодні украй суперечлива. Це пов'язано з використанням різних методологічних підходів, діагностичних критеріїв під час проведення досліджень, дисимуляцією та гіпердіагностикою. Поширеність ОКР у дорослих становить приблизно 1 – 3:100, у дітей і підлітків – 1:200 – 500. Клінічно розпізнані випадки ОКР трапляються рідше і варіюють у межах 1 – 3%. Це зумовлено тим, що в багатьох осіб цей розлад не діагностують через стигматизацію. ОКР спостерігають у пацієнтів будь-якого віку незалежно від раси, соціально-економічного статусу чи релігії [170, 171, 172, 173,].

2.1. Етапи та дизайн дослідження

Програмно-цільова організація дисертаційного дослідження зумовлювала чітку етапність та послідовність його виконання. Дизайн дослідження передбачав скринінг, етап формування груп дослідження та психодіагностики, етап формування клініко-типологічних підгруп та психодіагностики до- та після- лікування, оцінювання результатів дослідження та розроблення алгоритму ПКЛ ОКР (рис. 2.1).

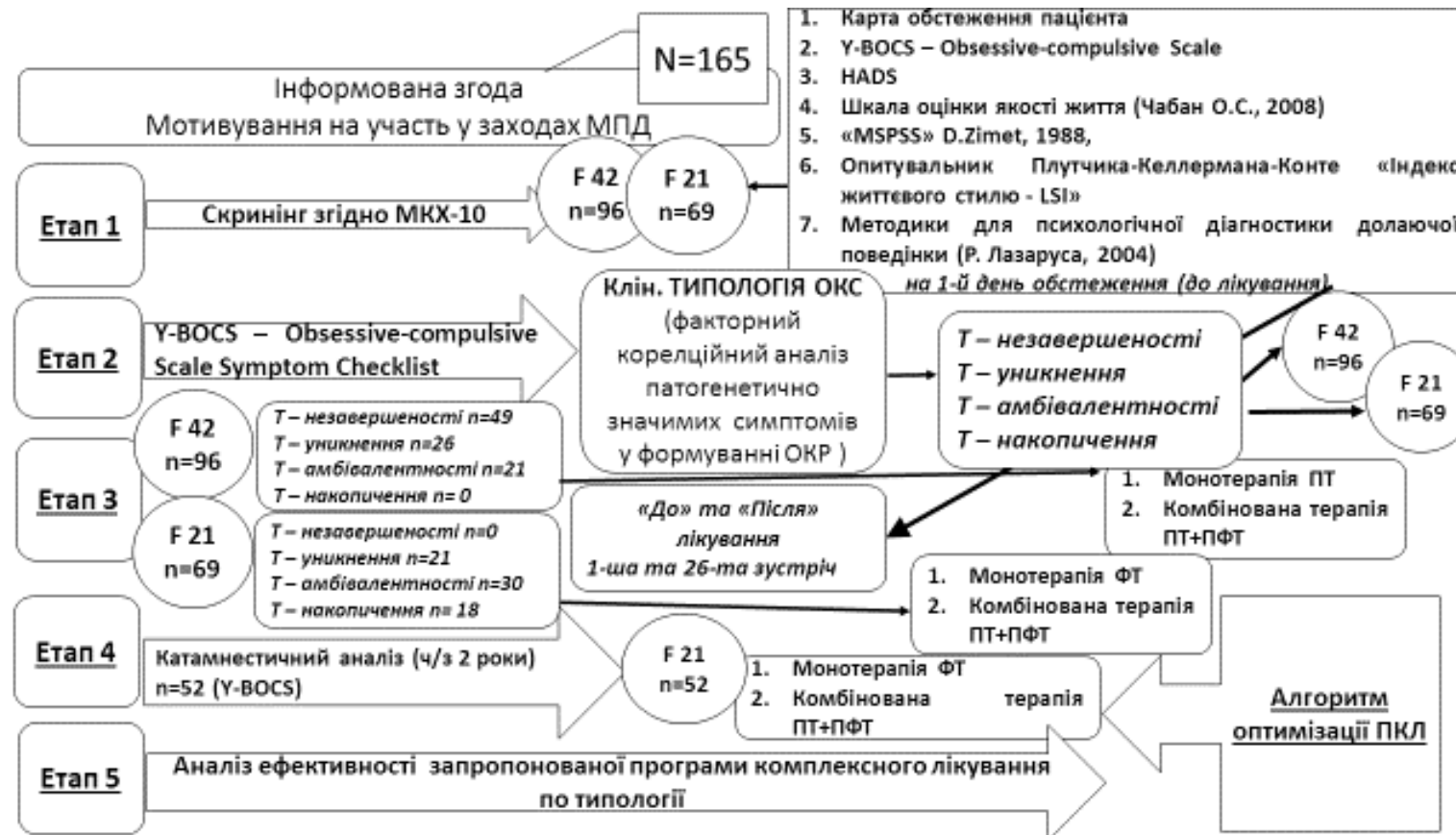


Рис. 2.1. Дизайн дисертаційного дослідження

На першому етапі проводився скринінг 165 пацієнтів з симптомами ОКР як невротичного, так і субпсихотичного реєстрів. За допомогою критеріїв МКХ-10 ми сформували дві групи (рис. 2.2).

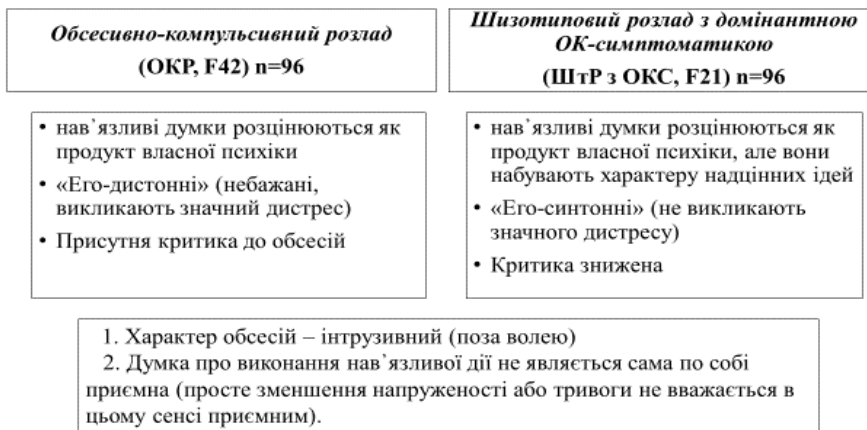


Рис. 2.2. Розподіл пацієнтів згідно МКХ-10

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 obsесивно-компульсивною симптоматикою (ШтР з домінантною ОКС), яку позначили як групу F21. А також проводилося уточнення симптоматики за допомогою: клінічної шкали obsесій та компульсій Йель-Брауна (Y-BOCS – Obsessive-compulsive Scale), що дозволило оцінити важкість протікання ОКР; госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS); шкали оцінки якості життя (Чабан О.С.); багатомірної шкали сприйняття соціальної підтримки («MSPSS» D. Zimet); опитувальника «Індекс життєвого стилю» («LSI» Р. Плутчика – Г. Келлермана – Х. Р. Конте), методики «СДП» («Психологічна діагностика стратегії долаючої поведінки» Р. Лазаруса) та порівняння одержаних даних згідно опитувальників на день першого дослідження групи F42 та групи F21.

На другому етапі дослідження у групі F42 було виділено 4 типи: перший тип (Т-незавершеності) включив 49 пацієнтів (n=49), найбільше навантаження припало на obsесії симетрії та порядку, компульсії симетрії та порядку та ритуали повторення; другий тип включив 26 пацієнтів (n=26), найбільше навантаження припало на obsесії забруднення, obsесії іпохондричного змісту, obsесії релігійного змісту, компульсії очищення, компульсивні перевірки – це дало можливість виділити та назвати Т-уникнення; третій тип включив 21 пацієнта (n=21), найбільше навантаження припало на obsесивні думки агресивного характеру, obsесії сексуального змісту, obsесії дисморфофобічного змісту, компульсивні екскоріації – це дало можливість виділити та назвати тип заборонених спонукань, як Т-амбівалентності; четвертий тип (Т-накопичення) у групі пацієнтів з ОКС невротичного регістру не зустрічався.

Відповідно у групі F21 з домінантною ОКС також було виділено 4 типи: перший тип (Т-незавершеності) не зустрічався у пацієнтів цієї групи; другий тип включив 21 пацієнта (n=21), найбільше навантаження припало на obsесії забруднення, obsесії іпохондричного змісту, obsесії релігійного змісту, компульсії очищення, компульсивні перевірки – це дало можливість виділити та назвати Т-уникнення; третій тип включив 30 пацієнтів (n=30), найбільше навантаження припало на obsесивні думки агресивного характеру, obsесії сексуального змісту, obsесії дисморфофобічного змісту, компульсивні екскоріації – це дало можливість виділити та назвати даний тип, як Т-амбівалентності; четвертий тип включив 18 пацієнтів (n=18), найбільше навантаження припало на компульсії збирання та колекціонування та інші obsесії – це дало можливість виділити та назвати даний тип як Т-накопичення.

Згідно клінічних протоколів, рекомендацій щодо надання медичної допомоги пацієнтам, хворим на ОКР (F42): Наказ МОЗ України № 59 від 05.02.2007; NICE, 2005; АРА, 2013 основний акцент припадає на психотерапію, а також при відповідній вираженості симптоматики приєднання фармакотерапії. Звідси випливає, що в групі F42 пацієнти отримували як монотерапію (МоноТ) в якості ПсТ – (Т-незавершеності), які самостійно

відмовлялися від ПфТ, так і комбіновану терапію (КомбТ) в якості ПсТ та ПфТ (Т-уникнення, Т-амбівалентності). В групі F21 пацієнти отримували як МоноТ в якості ПфТ (Т-накопичення), які відмовлялися від психотерапії, але періодично здійснювалася психоосвітня робота з родичами, так і КомбТ пацієнтів в якості ПсТ та ПфТ (Т-уникнення, Т-амбівалентності).

Третій етап дослідження передбачав собою поділ на терапевтичні групи. Основна група включила пацієнтів з obsесивно-компульсивним розладом невротичного регістру (група F42), які отримували:

- МоноТ, в якості ПфТ (елементи КБТ та ГШТ);
- КомбТ (ПсТ та ПфТ).

Група пацієнтів F21 з домінантною ОКС, які отримували:

- МоноТ, в якості ПфТ;
- КомбТ, що включала ПсТ та ПфТ.

На даному етапі здійснювалося порівняння терапевтичних підгруп за допомогою шкал на першій та на двадцять шостій зустрічі.

Четвертий етап дослідження включив катamnестичний аналіз результативності лікування пацієнтів групи F21 з домінантною ОКС, які перебували на КомбТ та МоноТ.

П'ятий етап включив аналіз ефективності запропонованої ПКЛ по типології ОКС.

2.2. Загальна характеристика обстежених пацієнтів

Для реалізації мети та завдання дослідження, нами було проведено соціально-демографічне, клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне, психометричне, психодіагностичне обстеження 165 пацієнтів з ОКР (F42) та (F21) ШтР з домінантною ОКС (89 чоловіків та 76 жінок) у віці від 18 до 48 років, які проходили стаціонарний курс лікування в ТМО «Психіатрія» у м. Києві, а також амбулаторний курс лікування на базі кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології НМАПО імені П. Л. Шупика протягом 2009 – 2017 років. Діагноз встановлювався згідно критеріїв систематики

психічних розладів у відповідності з МКХ-10.

Для уникнення похибок, пов'язаних з некоректною оцінкою психічного стану з дослідження були виключені хворі з захворюванням нервової системи, пацієнтів 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.

Середній вік обстежених складав $32,5 \pm 11,0$ 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.

За рівнем освіченості серед обстежуваних групи F42 характерною була вища освіта – 49 осіб (29,7%), а у групі F21 – середня спеціальна у 16,4%. Характеристику рівня освіти у осіб, які пройшли скринінгове обстеження представлено в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Характеристика рівня освіти у пацієнтів груп F42 та F21,
абс.кількість (%)

Варіація ознаки	F42 (n=96)	F21 (n=69)	Усього (n=165)
Незакінчена середня	0	6 (3,6)*	6 (3,6)
Середня	9 (5,5)	21 (12,7)*	30 (18,2)
Середня спеціальна	15 (9,1)	27 (16,4)*	42 (25,5)
Незакінчена вища	23 (13,9)	11 (6,7)*	34 (20,6)
Вища	49 (29,7)	4 (2,4)*	53 (32,1)

Примітка: * - різниця між груп F42 та F21 ($p < 0,05$)

За видом зайнятості серед обстежуваних переважала група пацієнтів, які тимчасово не працювали – 91 особа (55,2%), та безробітних – 20 пацієнтів (12,0%).

Характеристику виду зайнятості у осіб, які пройшли скринінгове обстеження представлено в таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Характеристика виду зайнятості у пацієнтів груп F42 та F21,
абс.кількість (%)

Варіація ознаки	F42 (n=96)	F21 (n=69)	Усього (n=165)
Постійна робота	29 (17,6)*	2 (1,2)	31 (18,8)
Тимчасова робота	2 (1,3)	11 (6,7)	13 (8,0)
Безробітний	0	20 (12,0)*	20 (12,0)
Студент	4 (2,6)	6 (3,6)	10 (6,2)
Тимчасово не працевлаштований	60 (36,2)*	31 (18,8)	91 (55,0)

Примітка: * - різниця між груп F42 та F21 ($p < 0,05$)

За стилем виховання серед обстежуваних спостерігалось поєднання різних стилів. Серед них переважала гіперопіка, що зустрічалась у 162 пацієнтів (98,2%), інтроєктовані установки перфекціонізму у 155 осіб (93,9%), а також віктимні маніпулятивні у 125 пацієнтів (75,8%) та виснажливі маніпулятивні установки у 102 обстежуваних (61,8%). Дещо рідше зустрічались відштовхуюча байдужість у 41 пацієнта (24,8%), гіпоопіка, дистантність у 23 осіб (13,9%) та у 13 обстежуваних (7,9%) превалювала норма та емоційна близькість.

Характеристику стилю виховання осіб, які пройшли скринінгове обстеження представлено в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Характеристика стилю виховання у пацієнтів груп F42 та F21,
абс.кількість (%)

Варіація ознаки	F42 (n=96)	F21 (n=69)	Усього (n=165)
Гіперопіка	97 (58,8)*	65 (39,4)	162 (98,2)
Гіпоопіка, дистантність	2 (1,2)	21 (12,7)*	23 (13,9)
Установки перфекціонізму	92 (55,7)	63 (38,2)	155 (93,9)
Віктимні маніпулятивні установки	51 (31,0)	74 (44,8)*	125 (75,8)
Виснажливі маніпулятивні установки	67 (40,6)*	35 (21,2)	102 (61,8)
Відштовхуюча байдужість	23 (9,8)	18 (15,0)	41 (24,8)
Норма, емоційна близькість	11 (6,7)	2 (1,2)	13 (7,9)

Примітка: * - різниця між груп F42 та F21 ($p < 0,05$)

Психологічна характеристика батька в сімейній системі виховання та формування особистості, а саме обстежуваних пацієнтів з ОКС спостерігалось поєднання різних характерологічних ознак батька. Серед них переважали такі риси характеру батька як домінування та подавлення – 163 пацієнта (98,8%), жорстокість та експлозивність – 147 пацієнта (89,1%), холодність та закритість емоційних реакцій – 92 пацієнта (55,8%).

Психологічну характеристику батька пацієнтів, які пройшли скринінгове обстеження представлено в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Психологічна характеристика батька у пацієнтів груп F42 та F21,
абс.кількість (%)

Варіація ознаки	F42 (n=96)	F21 (n=69)	Усього (n=165)
Істероїдність, гіпертимія	31 (18,7)*	9 (5,5)	40 (24,2)
Ригідність	17 (10,4)	41 (24,8)*	58 (35,2)
Жорстокість, експлозивність	58 (35,2)	89 (53,9)	147 (89,1)
Холодність, закритість емоційних реакцій	45 (27,3)	47 (28,5)	92 (55,8)
Домінування, подавлення	89 (54,0)	74 (44,8)	163 (98,8)
Тривожність	18 (10,9)	10 (6,1)	28 (17,0)
Депресивність	16 (9,7)	4 (2,4)	20 (12,1)
Астенічність	21 (12,7)	30 (18,2)	51 (30,9)
Реакція ескапізму (вживання ПАР)	4 (2,5)	6 (3,6)	10 (6,1)
Норма	28 (17,0)*	3 (1,8)	31 (18,8)

Примітка: * - різниця між груп F42 та F21 ($p < 0,05$)

За стилем формування взаємовідносин між батьком та пацієнтами превалювали дистантні та холодні взаємовідносини у 130 обстежуваних (78,8%), близькі, але з відсутністю відчуття захищеності у 84 осіб (50,9%), конфліктні з психологічним насильством відзначила 74 пацієнта (44,8%).

Психологічну характеристику взаємовідносин батька та пацієнтів, які пройшли скринінгове обстеження представлено в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

Психологічна характеристика взаємовідносин батька та пацієнтів груп F42 та F21, абс.кількість (%)

Варіація ознаки	F42 (n=96)	F21 (n=69)	Усього (n=165)
Емоційно-залежні	15 (9,1)	8 (4,8)	23 (13,9)
Конфліктні з фізичним насильством	8 (4,9)	7 (4,2)	15 (9,1)
Конфліктні з психолгічним насильством	52 (31,5)*	22 (13,3)	74 (44,8)
Дистантні, холодні	72 (43,6)	58 (35,2)	130 (78,8)
Близькі, але з відсутністю відчуття захищеності	43 (26,1)	41 (24,8)	84 (50,9)
Хороші, близькі	28 (17,0)*	8 (4,8)	36 (21,8)

Примітка: * - різниця між груп F42 та F21 ($p < 0,05$)

Психологічна характеристика матері в сімейній системі виховання та формування особистості, а саме обстежуваних пацієнтів з ОКС спостерігалось поєднання різних характерологічних ознак матері. Серед них переважали такі риси характеру як домінування та подавлення – так оцінили 137 пацієнта (83,0%), тривожність – 129 пацієнта (78,2%), істероїдність та гіпертимія – 106 пацієнта (64,2%).

Психологічну характеристику матері пацієнтів, які пройшли скринінгове обстеження представлено в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

Психологічна характеристика матері у пацієнтів груп F42 та F21, абс.кількість (%)

Варіація ознаки	F42 (n=96)	F21 (n=69)	Усього (n=165)
Істероїдність, гіпертимія	79 (47,8)*	27 (16,4)	106 (64,2)
Ригідність	2 (1,3)	8 (4,8)	10 (6,1)
Жорстокість, експлозивність	0	3 (1,8)	3 (1,8)
Холодність, закритість емоційних реакцій	12 (7,3)	21 (12,7)	33 (20,0)
Домінування, подавлення	76 (46,0)	61 (37,0)	137 (83,0)
Тривожність	98 (59,4)*	31 (18,8)	129 (78,2)
Депресивність	19 (11,5)	19 (11,5)	38 (23,0)

Продовження таблиці 2.6

Астенічність	8 (4,8)	12 (7,3)	20 (12,1)
Реакція ескапізму (вживання ПАР)	0	3 (1,8)	3 (1,8)
Норма	2 (1,2)	0	2 (1,2)

Примітка: * - різниця між груп F42 та F21 ($p < 0,05$)

За стилем формування взаємовідносин між матір'ю та пацієнтами превалювали емоційно-залежні взаємовідносини у 152 обстежуваних (92,1%), близькі, але з відсутністю відчуття захищеності у 97 осіб (58,8%), конфліктні з психологічним насильством відзначила 64 пацієнта (38,8%).

Психологічну характеристику взаємовідносин матері та пацієнтів, які пройшли скринінгове обстеження представлено в таблиці 2.7.

Таблиця 2.7

Психологічна характеристика взаємовідносин матері та пацієнтів груп F42 та F21, абс.кількість (%)

Варіація ознаки	F42 (n=96)	F21 (n=69)	Усього (n=165)
Емоційно-залежні	80 (48,5)	72 (43,6)	152 (92,1)
Конфліктні з фізичним насильством	7 (4,3)	8 (4,8)	15 (9,1)
Конфліктні з психологічним насильством	47 (28,5)	17 (10,3)	64 (38,8)
Дистантні, холодні	26 (15,8)	19 (11,5)	45 (27,3)
Близькі, але з відсутністю відчуття захищеності	58 (35,2)	39 (23,6)	97 (58,8)
Хороші, близькі	19 (11,5)	4 (2,4)	23 (13,9)

Примітка: * - різниця між груп F42 та F21 ($p < 0,05$)

2.3. Методи дослідження

В процесі дослідження було використано комплекс методів, а саме: теоретичний (теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизація даних літературних джерел, їх порівняння та узагальнення), соціально-демографічний, клініко-психологічний метод (спостереження, структуроване інтерв'ю), психодіагностичний (психологічне тестування), статистичний.

Теоретичний метод включає в себе теоретико-методологічний аналіз та

систематизацію сучасних літературних джерел з проблеми лікування та реабілітації ОКР.

Соціально-демографічний метод включав структуроване інтерв'ю, яке дало змогу отримати необхідні соціально-демографічні та анамнестичні дані.

Клініко-психологічний метод включав спостереження та структуроване інтерв'ю, що надало змогу отримати дані про особливості перебігу ОКР.

Психодіагностичний метод був реалізований з метою експериментального визначення індивідуально-психологічних та психосоціальних характеристик пацієнтів з ОКР групи F42 та F21, таким чином, включав наступні експериментально-психологічні методики.

2.3.1. Клінічна шкала obsесій та компульсій Йель-Брауна (Yale-Brown Obsessive-compulsive Scale and Symptom Checklist) (Y-BOCS) [174].

Шкала оцінки важкості перебігу ОКР складається з 10 питань і 2 підшкал «obsесії» та «компульсії», по 5 питань в кожній. Кожне питання оцінюється від 0 до 4 балів, в залежності від вираженості розладу. Для отримання загального показника - підсумовувати бали всіх питань. Шкала призначена для заповнення фахівцем в динаміці лікування ОКР, є простим і дійсним інструментом для оцінки ОК-симптомів незалежно від етіології. Інтерпретація: до 7 балів - відсутність ОКР, від 8 до 15 балів – легкий перебіг ОКР, від 16 до 23 балів – помірний перебіг ОКР, від 24 до 31 балів – тяжкий перебіг ОКР, від 32 до 40 балів – вкрай тяжкий перебіг ОКР.

До шкали додається контрольний список найбільш поширених симптомів нав'язливої поведінки. Складається з 67 питань, розділених на 15 блоків: obsесії агресивного змісту (10 питань); obsесії забруднення (9 питань); obsесії сексуального змісту (5 питань); obsесії накопичення (1 питання); obsесії релігійного змісту (3 питання); obsесії симетрії та порядку (1 питання); інші obsесії (10 питань); obsесії іпохондричного змісту (3 питання); компульсії очищення (5 питань); компульсивні перевірки (7 питань); компульсії повторення (3 питання); компульсії симетрії та порядку (1 питання); компульсії

збирання (1 питання); компульсивні ексцоріації (1 питання); інші компульсії (7 питань). Пацієнтові пропонується відзначити ті, які він зазначає у себе, особливо виділивши ті, які турбують найбільше; при об'єктивному спостереженні лікуючий лікар може робити позначки на іншому бланку. Клінічна тестова методика, призначена для кількісного визначення складових синдрому нав'язливих станів, а саме – нав'язливих думок (обсесій) і нав'язливих дій (компульсій).

2.3.2. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) [175].

Дана шкала була розроблена Zigmond A.S. і Snaith R.P. для первинного виявлення і оцінки тяжкості тривоги та депресії (скринінгу). Опитувальник має високу дискримінантну валідність щодо тривоги та депресії. Пункти субшкали депресії відібрані зі списку симптомів, які відображають переважно ангедонічний компонент депресивного розладу. Пункти субшкали тривоги сформовані на основі відповідної секції стандартизованого клінічного інтерв'ю Present State Examination та особистому клінічному досвіді авторів і відображають переважно психологічні прояви тривоги.

Госпітальна шкала тривоги і депресії містить 14 пунктів, кожному з яких відповідає 4 варіанти відповідей, що відображають ступінь наростання симптоматики.

Бланк шкали видається для самостійного заповнення обстежуваним і супроводжується короткою інструкцією.

Обробка результатів: шкала складена з 14 тверджень, які поділені на дві субшкали:

- 1) «тривога» (непарні пункти - 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13);
- 2) «депресія» (парні пункти - 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14).

Кожному твердженню відповідає 4 варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодується по наростанню тяжкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість).

При інтерпретації результатів враховується сумарний показник по кожній

субшкалі, при цьому виділяються 3 області його значень: 0-7 балів – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії); 8-10 балів – субклінічно виражена тривога / депресія; 11 і вище балів – клінічно виражена тривога / депресія

2.3.3. Шкала оцінки якості життя (Чабан О.С., 2008) (ОЯЖ) [176].

За визначенням ВООЗ: «Якість життя (ЯЖ) – це сприйняття людиною своєї позиції у житті, у тому числі фізичного, психічного та соціального благополуччя, залежно від якості середовища, в якому вона живе, а також ступеня задоволення конкретним рівнем життя та іншими складовими психологічного комфорту».

Дана шкала призначена для дорослих, а оцінка самопочуття пацієнтів здійснюється за останні 3 місяці. Основними показниками для визначення якості життя було визначено 10 пунктів, кожному з яких відповідає 4 варіанти відповідей, що відображають ступінь вираженості від суб'єктивного відчуття незадоволеності до повного задоволення: оцінка себе здоровим; реалізованість; суб'єктивне відчуття, що тебе люблять (любов); гедонія; наявність чи відсутність друзів; соціальна активність; фінансове благополуччя; сумісне проведення часу в сім'ї, з друзями; суб'єктивне відчуття задоволеності від роботи; рівень задоволеності соціальним статусом.

Оцінка шкали: 25-39 балів – дуже високий рівень ЯЖ; 19-24 бали – високий рівень ЯЖ; 13-18 балів – середній рівень ЯЖ; 7-12 балів – низький рівень ЯЖ; 0-6 балів – вкрай низький рівень ЯЖ.

2.3.4. Багатомірна шкала сприйняття соціальної підтримки (D. Zimet, 1994) (MSPSS) [177].

Шкала являється психометричним інструментом з хорошою надійністю та простотою для обстеження і економії часу. Вона включає двадцять вимірюваних коротких повідомлень, які обстежуваний оцінює про себе або «1» («згідний з твердженням»), або «0» («не згідний») балів, що дозволяє оцінити

суб'єктивне сприйняття соціальної підтримки в 20-ти бальному рейтингу. «Шкала сприйняття соціальної підтримки» оцінює ефективність і адекватність соціальної підтримки по п'яти копінг-ресурсам, кожному з яких відповідає чотири пункти з двадцяти: - 1. «Підтримка сім'ї» – (3, 4, 10, 12); 2. «Підтримка колег по роботі» – (13, 14, 16, 18); 3. «Підтримка друзів» – (6, 7, 8, 11); 4. «Підтримка значущих інших» – (1, 2, 5, 9); 5. «Підтримка громадських організацій» – (15, 17, 19, 20) .

Перед обстеженням пацієнт отримує інструкцію, згідно якої він повинен обвести на бланку для відповідей ті пункти, з якими він згоден. Потім за допомогою ключа-дешифратора проводиться підрахунок оцінок сприйняття соціальної підтримки в балах по кожній з шкал окремо. Отримані показники можуть бути піддані математично-статистичними обчисленням.

2.3.5. Опитувальник «Індекс життєвого стилю» («Life Style Index», Р. Плутчика – Г. Келлерман – Х. Р. Конте) (ІЖС) [178].

За допомогою опитувальника «LSI» можна досліджувати рівень напруженості 8 основних психологічних захистів (витіснення, заперечення, заміщення, компенсація, реактивне утворення, проєкція, інтелектуалізація (раціоналізація) і регресія), вивчити ієрархію системи психологічного захисту і оцінити загальну напруженість всіх вимірюваних захистів (ЗНЗ). Кожному з цих захисних механізмів відповідають від 10 до 14 тверджень, що описують особистісні реакції людини, що виникають в різних ситуаціях. На основі відповідей будується профіль захисної структури обстежуваного. За допомогою ключа визначається напруженість захисту, яка дорівнює $n / N \times 100\%$, де n - число позитивних відповідей по шкалі даного захисту, N - число всіх тверджень, які відповідають по шкалі даного захисту. Тоді ЗНЗ в цілому дорівнює $S_n / 92 \times 100\%$, де S_n - сума всіх позитивних відповідей за опитувальником. За допомогою даної методики можна підрахувати найбільш високий індекс напруженості кожної з захистів у респондентів однорідної групи, визначити наявність або відсутність кореляції між напруженістю

окремих захистів і ЗНЗ, а також порівняти дані показники з показниками іншої незалежної групи [105].

1. Заперечення – механізм психологічного захисту, за допомогою якого особистість або заперечує деякі фруструючі, що викликають тривогу обставини, або певна внутрішня частина заперечує саму себе. Як правило, дія цього механізму проявляється в запереченні тих аспектів зовнішньої реальності, які являються очевидними для оточуючих, але не приймаються, не визнаються самою особистістю. Іншими словами, інформація, яка тривожить і може призвести до конфлікту, не сприймається. Мається на увазі конфлікт, що виникає при прояві мотивів, суперечать основним настановам особистості.

Як процес, спрямований назовні, заперечення часто протиставляється витісненню як психологічний захист проти внутрішніх, інстинктивних вимог і спонукань. Заперечення як механізм психологічного захисту реалізується при конфліктах будь-якого характеру і характеризується спотворенням сприйняття реальності.

2. Витіснення (подавлення) – 3. Фрейд вважав цей механізм головним методом захисту інфантильного «Я», нездатного опиратися спокусі. Іншими словами, витіснення - механізм захисту, за допомогою якого неприйнятні для особистості імпульси: бажання, думки, почуття, що викликають тривогу, стають несвідомими. Витіснені (пригнічені) імпульси, не маючи можливості проявитися у поведінковій реакції, зберігають свої емоційні і психо-вегетативні компоненти. В такому випадку створюється інтрапсихічний конфлікт, а викликаний ним емоційне напруження суб'єктивно сприймається як немотивована тривога. Саме тому витіснення потягу може проявлятися в невротичних і психофізіологічних симптомах. Слід підкреслити, що психотравмуючі обставини або небажана інформація дійсно витісняються зі свідомості людини, хоча зовні це може виглядати як активну протидію спогадами і самоаналізу. Також сюди включені питання, які стосуються такому механізму захисту як ізоляція, при якому психотравмуючий і емоційно

підкріплений досвід особистості може бути усвідомлений, але на когнітивному рівні ізольований від афекту тривоги.

3. Регресія – це механізм психологічного захисту, за допомогою якого особистість в своїх поведінкових реакціях прагне уникнути тривоги шляхом переходу на більш ранню стадію розвитку. Тобто особистість, піддається дії фруструючих факторів, замінює рішення суб'єктивно більш складних завдань на відносно прості і доступні в сформованих ситуаціях. Неусвідомлювані бажання або конфлікти прямо виражаються в діях, що перешкоджають їх усвідомленням.

4. Компенсація – цей механізм психологічного захисту часто об'єднують з ідентифікацією. Виникає потреба несвідомо замінити реальний чи уявний дефект іншої особистості через непереносимість відчуття шляхом фантазування або присвоєння собі тих чи інших характеристик іншої особистості. Часто це відбувається при необхідності уникнути конфлікту з цією особистістю і підвищити почуття самодостатності. При цьому запозичені цінності, установки або думки приймаються без аналізу і переструктурування і тому не стають частиною самої особистості.

5. Проекція – в основі проекції лежить процес, за допомогою якого неусвідомлені та неприйнятні для особистості почуття і думки локалізуються зовні, приписується іншим людям і таким чином стають ніби вторинними. Часто агресивність приписується оточуючим, щоб виправдати свою власну агресивність або недоброзичливість, яка проявляється як би в захисних цілях.

6. Заміщення – поширена форма психологічного захисту, яка в літературі нерідко позначається поняттям «зсув». Це прояв пригнічених емоцій (як правило, ворожості, гніву), які направляються на об'єкти, що становлять меншу небезпеку або більш доступні, ніж ті, що викликали негативні емоції і почуття.

7. Інтелектуалізація – цей захисний механізм часто позначають поняттям «раціоналізація». Так, дія інтелектуалізації проявляється в заснованому на фактах надмірно «розумовому» способі подолання конфліктної або фруструючої ситуації без переживань. Іншими словами, особистість подавляє

переживання, викликані неприємною або суб'єктивно неприйнятною ситуацією за допомогою логічних установок і маніпуляцій навіть при наявності переконливих доказів на користь протилежного. У шкалу інтелектуалізації - раціоналізації була включена і сублімація як механізм психологічного захисту, при якому витіснені бажання і почуття гіпертрофовано компенсуються іншими, відповідними вищим соціальним цінностями особистості.

8. Реактивне утворення – цей вид психологічного захисту нерідко ототожнюють з гіперкомпенсацією. Особистість запобігає прояву неприємних або неприйнятних для неї думок, почуттів або вчинків шляхом перебільшеного розвитку протилежних прагнень. Іншими словами, відбувається як би трансформація внутрішніх імпульсів в суб'єктивно зрозуміло їх протилежність. Наприклад, жалість або дбайливість можуть розглядатися як реактивні утворення по відношенню до несвідомої черствості, жорстокості або емоційної байдужості.

2.3.6. Методика «Психологічна діагностика стратегії долаючої поведінки» (Р. Лазаруса) (СДП) [179].

Для проведення обстеження за допомогою даної методики необхідні: інструкція і реєстраційний бланк для випробуваного (стимульний матеріал); таблиця розрахунку «сирих» показників за шкалами опитувальника; таблиці переведення «сирих» показників в стандартні оцінки (окремо для чоловіків і жінок і різних вікових категорій).

Опитувальник включає 50 тверджень, кожне з яких відображає певний варіант поведінки у важкій або проблемній ситуації. Твердження оцінюються обстежуваним за 4-бальною шкалою в залежності від частоти використання запропонованої стратегії долаючої поведінки (ніколи, рідко, іноді, часто).

Пункти опитувальника об'єднані у вісім шкал, які відповідають основним видами копінг-стратегій: конфронтація, дистанціювання, самоконтроль, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, втеча-уникнення, планування вирішення проблеми, позитивна переоцінка.

Ступінь надання переваги для обстежуваного тієї чи іншої копінг-стратегії визначається за стандартною шкалою Т-балів при М (середньому значенні за стандартною шкалою) дорівнює 50 Т-балів і σ (стандартному відхиленню) дорівнює 10 Т-балів.

Для визначення «сирих» значень за шкалами методики необхідно обчислити суму показників за твердженнями, що входять в кожну з шкал з урахуванням наступного співвідношення між відповіддю і балами, що нараховуються: ніколи - 0 балів, рідко - 1 бал; іноді - 2 бали; часто - 3 бали.

Існує ключ для розрахунку «сирих» показників за шкалами опитувальника, де відповідній копінг-стратегії відповідає номер твердження: конфронтація (2, 3, 13, 21, 26, 37); дистанціювання (8, 9, 11, 16, 32, 35); самоконтроль (6, 10, 27, 34, 44, 49, 50); пошук соціальної підтримки (4, 14, 17, 24, 33, 36); прийняття відповідальності (5, 19, 22, 42); втеча-уникнення (7, 12, 25, 31, 38, 41, 46, 47); планування вирішення проблеми (1, 20, 30, 39, 40, 43); позитивна переоцінка (15, 18, 23, 28, 29, 45, 48).

Після розрахунку «сирих» показників за шкалами необхідно здійснювати їх переклад в стандартні Т-бали з використанням розроблених таблиць.

Таким чином, для визначення стандартного показника обстежуваного, необхідно співвіднести «сирий» бал зі значеннями нормативної групи з урахуванням статі та віку.

Ступінь надання переваги для обстежуваного стратегії подолання стресу визначається на підставі наступного умовного правила: показник менше 40 балів – рідкісне використання відповідної стратегії; 40 балів \leq показник \leq 60 балів – помірне використання відповідної стратегії; показник більше 60 балів – виражене надання переваги відповідної стратегії.

1. Конфронтація – передбачає спроби вирішення проблеми за рахунок не завжди цілеспрямованої поведінкової активності, здійснення конкретних дій, спрямованих або на зміну ситуації, або на відреагування негативних емоцій у зв'язку з труднощами. Таким чином можуть спостерігатися імпульсивність в поведінці (іноді з елементами ворожості і конфліктності), труднощі планування

дій, прогнозування їх результату, корекції стратегії поведінки, невиправдана завзятість. Копінг-дії при цьому втрачають свою цілеспрямованість і стають переважно результатом розрядки емоційної напруги.

Часто стратегія конфронтації розглядається як неадаптивна, однак при помірному використанні вона забезпечує здатність особистості до можливості долати труднощі, енергійність і підприємливість при розрішенні проблемних ситуацій, вміння відстоювати власні інтереси, справлятися з тривогою в стресових умовах.

2. Дистанціювання – передбачає спроби подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою за рахунок суб'єктивного зниження її значущості та ступеня емоційної залученості в неї.

Характерно використання інтелектуальних прийомів раціоналізації, переключення уваги, відсторонення, гумору, знецінення тощо.

3. Самоконтроль – передбачає спроби подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою за рахунок цілеспрямованого подавлення і стримування емоцій, мінімізації їх впливу на сприйняття ситуації та вибір стратегії поведінки, високий контроль поведінки.

При чіткій перевазі стратегії самоконтролю спостерігається тенденція до стримування особистих мотивів і придушення власне потреб, прагнення приховувати особисті переживання від оточуючих, замкнутість. Часто така поведінка свідчить про високу тривогу особистості перед саморозкриттям, надмірної вимогливості до себе, що призводить до зверх-контролю поведінки.

4. Пошук соціальної підтримки – передбачає спроби вирішення проблеми за рахунок залучення зовнішніх (соціальних) ресурсів, пошуку інформаційної, емоційної і дієвої підтримки.

Характерні орієнтованість на взаємодію з іншими людьми, очікування підтримки, уваги, поради, співчуття.

Пошук переважно інформаційної підтримки передбачає звернення за порадою і рекомендаціями до експертів і знайомих, що володіють з точки зору респондента необхідними знаннями. Потреба в переважній більшості емоційної

підтримки проявляється прагненням бути вислуханим, отримати емпатичну відповідь, розділити свої переживання з розуміючими та співчуваючими людьми. При пошуку переважно дієвої підтримки провідною є потреба в допомозі конкретними діями або матеріальними ресурсами.

5. Прийняття відповідальності – передбачає визнання суб'єктом своєї ролі у виникненні проблеми і відповідальності за її рішення, в ряді випадків з чітким компонентом самокритики і самозвинувачення.

При помірному використанні дана стратегія відображає прагнення особистості до розуміння залежності між власними діями і їх наслідками, готовність аналізувати свою поведінку, шукати джерело актуальних труднощів в особистих недоліках і помилках.

Разом з тим, вираженість даної стратегії в поведінці може призводити до невинуватого самокритики, переживання почуття провини і хронічної незадоволеності собою. Зазначені особливості, як відомо, є фактором ризику розвитку депресивних станів.

6. Втеча-уникнення – передбачає спроби подолання особистістю негативних переживань у зв'язку з труднощами за рахунок реагування за типом ухилення: заперечення проблеми, фантазування, невинуватих очікувань, відволікання і т.і.

При чіткому використанні стратегії уникнення можуть спостерігатися інфантильні форми поведінки в стресових ситуаціях: заперечення або повне ігнорування проблеми, ухилення від відповідальності і дій по вирішенню труднощів, що виникли, пасивність, нетерпіння, спалахи роздратування, занурення в фантазії, переїдання, вживання алкоголю, з метою зниження емоційної напруги.

Ця стратегія розглядається як неадаптивна, проте це не виключає її користі в окремих ситуаціях, особливо в короткостроковій перспективі і при гострих стресових ситуаціях.

7. Планування вирішення проблеми – передбачає спроби подолання проблеми за рахунок цілеспрямованого аналізу ситуації і можливих варіантів

поведінки, вироблення стратегії вирішення проблеми, планування власних дій з урахуванням об'єктивних умов, минулого досвіду і наявних ресурсів.

Стратегія є адаптивною, сприяє конструктивному вирішенню труднощів.

8. Позитивна переоцінка – передбачає спроби подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою за рахунок її позитивного переосмислення, розгляду її як стимулу для особистісного зростання.

Характерна орієнтованість на надособистісне, філософське осмислення проблемної ситуації, включення її в більш широкий контекст роботи особистості над саморозвитком. Тому з однієї сторони ця стратегія дає можливість особистісного зростання в процесі подолання проблемної ситуації, а з іншої сторони можлива недооцінка практичних можливостей вирішення ситуації.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

У другому розділі висвітлено теоретичне обґрунтування, дизайн дисертаційного дослідження, описано його етапи, методи, наведено загальну характеристику обстежених пацієнтів. Метою наукової роботи стало розробити диференційовану ПКЛ хворих з ОКР та оптимізувати підходи до їх психосоціальної реабілітації на основі вивчення клініко-психопатологічних особливостей та визначення типологічних варіантів ОКС.

Дизайн дисертаційного дослідження передбачав обстеження пацієнтів з ОКР для визначення діагностичних типів з наступною розробкою диференційованої ПКЛ відповідно до ОКС обстежених пацієнтів. Для досягнення визначеної мети наукового дослідження, за умови інформованої згоди та з дотриманням принципів біоетики та деонтології, за період 2009 – 2017 років було обстежено 165 пацієнтів з ОКС, які проходили лікування у вище згаданих медичних закладах та відповідали діагностичним критеріям МКХ-10 для ОКР (F42): нав'язливі думки розцінюються як продукт власної психіки; «Его-дистонні» (небажані, викликають значний дистрес); присутня критика до obsesій та ШР з ОКС (F21): нав'язливі думки розцінюються як

продукт власної психіки, але вони набувають характеру надцінних ідей; «Его-синтонні» (не викликають значного дистресу); критика знижена. Спільними ознаками було виявлено, що характер obsesій – інтрузивний (виникають поза волею особистості); думка про виконання нав'язливої дії не являється сама по собі приємна (просте зменшення напруженості або тривоги не вважається в цьому сенсі приємним).

Вибір методів дослідження ґрунтувався на сучасних на сучасних, найбільш інформативних та діагностично значущих методах. Обстеження та аналіз досліджуваних груп пацієнтів проводили з використанням розробленої «Уніфікованої карти обстеження пацієнтів з ОКС». Під час дослідження використовувалися додаткові діагностичні шкали, які описані вище. Середній вік обстежених був $32,5 \pm 11,0$ років: чоловіків $31,0 \pm 9,4$ років, жінок $32,9 \pm 12,7$ років ($p > 0,05$). Тривалість захворювання становив від 3 до 37 років, в середньому $14,3 \pm 7,6$ років.

У такий спосіб досліджувані групи були репрезентативними за віком та статтю, що й передбачалось умовами дослідження. Наукові дані, які ми отримали свідчили про однорідність вибірки, що в подальшому дало можливість вивчити та проаналізувати клініко-психопатологічні особливості пацієнтів. Використаний комплекс методів відповідає меті та завданням дисертаційного дослідження.

Результати, викладені в цьому розділі, опубліковані в таких наукових працях:

1. Tsintsadze N., Antelava O., Mikeladze T., Tsintsadze N., Krichun Y., Tsivadze N. Anxiety and depressions in patients with pulmonary disorders. *Georgian respiratory journal*. Tbilisi. 2014. Vol.10. №2. P. 91-94. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).

2. 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). P. 70-75. (Дисертантом

особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).

3. 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. P. 50.* (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).

4. Пилягіна Г.Я., Кузнецов В.М., Гончар Т.О., Челядин Ю.Я. Терапія психологічного захисту та упорядкованої поведінки при обсессивно-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).

5. Кричун (Челядин) Ю.Я. Вивчення соціальних копінг-ресурсів та стратегій терапії в рамках дослідження метасистеми механізмів психологічного захисту та упорядкованої поведінки при обсессивно-компульсивному розладі. *Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених НМАПО ім. П.Л. Шупика, присвяченої дню науки «Науково-практична діяльність молодих вчених медиків: досягнення і перспективи розвитку».* Київ. 2016. С. 83-86. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).

РОЗДІЛ 3
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ
ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО РОЗЛАДУ В ОБСТЕЖЕНИХ
ХВОРИХ ТА ЙОГО КЛІНІЧНА ТИПОЛОГІЯ

3.1. Особливості психопатологічних проявів ОКР

ОКР являється захворюванням, що спричинює в першу чергу психологічні, а також біологічні та соціальні зміни в житті пацієнта. Вона впливає на усе життя індивіда, змінюючи та руйнуючи його мікро- та макро-соціальні зв'язки. На сьогодні існують дослідження, які присвячені вивченню психопатологічних проявів ОКР, але залишається недостатньо вивченим та окресленим клінічна типологія власне обсецивно-компульсивних симптомів (ОКС) в рамках невротичного та субпсихотичного реєстрів.

Нами була проаналізована специфіка особливостей психопатологічних проявів та типологія ОКС у пацієнтів з ОКР (групи F42) та у пацієнтів з ШТР з ОКС (групи F21) до лікування.

Вивчаючи важкість перебігу ОКС у групах F42 та F21 виявлено наступні показники (таблиця 3.1).

Таблиця 3.1

Важкість перебігу ОКР у пацієнтів групи F42 та F21
(за клінічною шкалою Y-BOCS)

Важкість перебігу ОКР	Групи обстежених хворих	
	F42 (n=96)	F21 (n=69)
Відсутність	0 (0%)	0 (0%)
Легкий	18 (18,8%)*	2 (2,9%)
Помірний	57 (59,3%)	32 (46,4%)
Тяжкий	17 (17,7%)	24 (34,8%)*
Вкрай тяжкий	4 (4,2%)	11 (15,9%)*

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Дані таблиці 3.1. свідчать, що важкість перебігу до початку лікування ОКС у групі F42 характеризувалася помірним ступенем важкості, натомість ОКС у групі F21 переважали помірний та тяжкий ступені перебігу. По відношенню до групи F42 легкий перебіг зустрічався достовірно менше у групі F21 на 15,9 % ($p=0,001$), а також по відношенню до групи F42 у групі F21 достовірно більше зустрічався тяжкий на 17,1% ($p=0,015$) та вкрай тяжкий перебіг на 11,7% ($p=0,016$).

Досліджуючи вираженість тривоги та депресії у групах F42 та F21 було виявлено наступне (таблиця 3.2).

Таблиця 3.2

Вираженість тривоги та депресії
(за госпітальною шкалою HADS)

Вираженість тривоги та депресії	Групи обстежених хворих	
	F42 (n=96)	F21 (n=69)
Відсутня тривога/депресія	0 (0%)	0 (0%)
Субклінічна тривога	34 (35,4%)	28 (40,6%)
Субклінічна депресія	21 (21,9%)	29 (42%)**
Клінічний рівень тривоги	51 (53,1%***)	9 (13%)
Клінічний рівень депресії	23 (24%***)	2 (2,9%)

* $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$

Характерною особливістю ОКС у пацієнтів групи F42 є вираженість клінічного рівня та субклінічної тривоги, а в групі пацієнтів F21 з ОКС є вираженість субклінічної депресії та субклінічної тривоги. У групі F42 клінічного рівня тривоги на 40,1% та клінічного рівня депресії на 21,1% зустрічалися достовірно частіше ніж у групі F21 ($p=0,001$). У пацієнтів групи F21 субклінічна депресія зустрічалася достовірно частіше ніж у групі F42 на 20,1% ($p=0,004$).

На перший погляд складається враження, що вираженість тривоги та депресії у групі пацієнтів F21 є легшою ніж у групі пацієнтів F42, що пояснюється зниженою критикою до хворобливого стану. Особливістю групи

пацієнтів F42 є вираженість тільки тривожного симптому, натомість у пацієнтів групи F21 є як тривожного так і депресивного симптомокомплексу, що надалі може визначати напрямки та стратегії лікувальних заходів.

Оцінка якості життя пацієнтів у групах пацієнтів F42 та F21 була наступною (таблиця 3.3).

Таблиця 3.3

Оцінка якості життя (за шкалою ОЯЖ)

Рівень життя	Групи обстежених хворих	
	F42 (n=96)	F21 (n=69)
Дуже високий	0 (0%)	0 (0%)
Високий	0 (0%)	0 (0%)
Середній	22 (22,9%)	38 (55,1%)***
Низький	58 (60,4%)*	28 (40,6%)
Вкрай низький	16 (16,7%)**	3 (4,3%)

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Пацієнти з ОКС групи F42 оцінювали свою якість життя як низьку у 60,4%, тоді як пацієнти з ОКС групи F21 відзначали свій рівень життя як середній 55,1% (p=0,001), що швидше свідчить про суб'єктивне сприйняття хвороби та зниженої критики до нього.

З іншої сторони, по відношенню до групи пацієнтів F21 низький рівень життя зустрічався достовірно частіше у групі пацієнтів F42 (p=0,011) та вкрай низький рівень життя (p=0,007), що може свідчити про суб'єктивне (Его-дистонне) сприйняття хвороби та можливості якісно функціонувати в макро- та мікросоціумі.

Таким чином, ми вивчили особливості сприйняття соціальної підтримки у групах пацієнтів F42 та F21 (таблиця 3.4).

Таблиця 3.4

Соціальна підтримка в залежності від регістру захворювання
(за багатомірною шкалою MSPSS)

Види соціальної підтримки	Групи обстежених хворих	
	F42 (n=96)	F21 (n=69)
Сім'я	66 (68,8%)*	34 (49,3%)
Колеги по роботі	6 (6,3%)	1 (1,4%)
Друзі	26 (27,1%)*	4 (5,8%)
Значимі інші	18 (18,8%)	21 (30,4%)
Громадські організації	4 (4,2%)	2 (2,9%)

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Як видно з приведених даних, пацієнти з групи F42 у 68,8% відчують підтримку сім'ї та у 27,1% підтримку друзів. Переважна більшість пацієнтів з групи F21 у 49,3% також можуть знаходити підтримку в колі сім'ї. Достовірно частіше підтримку сім'ї (p=0,012) та друзів (p=0,001) відчують пацієнти у групі F42 по відношенню до групи F21.

Вивчаючи механізми психологічного захисту індивідуума з ОКС у пацієнтів групи F42 та F21, дало можливість побудувати профіль захисної структури у пацієнтів з ОКР та з ШтР з ОКС (таблиця 3.5).

Таблиця 3.5

Механізми психологічного захисту
(за методикою ІЖС)

Варіанти психологічних захистів	Групи обстежених хворих	
	F42 (n=96)	F21 (n=69)
Витіснення	72 (75%)	42 (60,9%)
Регресія	31 (32,3%)	40 (58%)*
Заміщення	3 (3,1%)	43 (62,3%)*
Заперечення	8 (8,3%)	18 (26,1%)*
Проекція	20 (20,8%)	13 (18,8%)
Компенсація	16 (16,7%)*	4 (5,8%)
Реактивне утворення (гіперкомпенсація)	66 (68,8%)*	26 (37,7%)
Раціоналізація (інтелектуалізація)	57 (59,4%)*	12 (17,4%)
Загальна напруженість захисних механізмів	72 (75%)*	17 (24,6%)

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Як видно з таблиці у групі F42 пацієнти найчастіше використовували наступні механізми захисту: витіснення (75%), реактивне утворення (68,8%), раціоналізація (59,4%). Тоді як у групі F21 пацієнти з ШтР з ОКС використовували витіснення (60,9%), регресію (58%), заміщення (62,3%) та значно рідше гіперкомпенсацію (37,7%).

По відношенню до групи F21 достовірно частіше пацієнти з групи F42 використовували такі механізми захисту, як компенсацію ($p=0,023$), реактивне утворення (гіперкомпенсацію) ($p=0,001$), раціоналізацію (інтелектуалізацію) ($p=0,001$). Натомість, по відношенню до групи F42 достовірно частіше пацієнти з групи F21 використовували регресію ($p=0,001$), заміщення ($p=0,001$) та заперечення ($p=0,003$) (рис. 3.1).

Аналізуючи характерні механізми психологічного захисту для кожної із цих груп можна зробити висновок, що для пацієнтів з ОКР характерна пасивна диспозиція; для пацієнтів з ШтР з ОКС більш типовим є агресивна та параноїдна диспозиція та спільними для обох груп є obsесивна диспозиція та диспозиція істерії.

Вивчаючи загальну напруженість захисних механізмів у групі пацієнтів F42, де ЗНЗМ становить 75%, тим самим відображає реально існуючі, але не вирішені зовнішні та внутрішні конфлікти в порівнянні з групою пацієнтів F21 – 24,6%, що становить менше 50% і є достовірно значимою ($p=0,001$), в подальшому буде визначати точки прикладання психотерапевтичних технік.

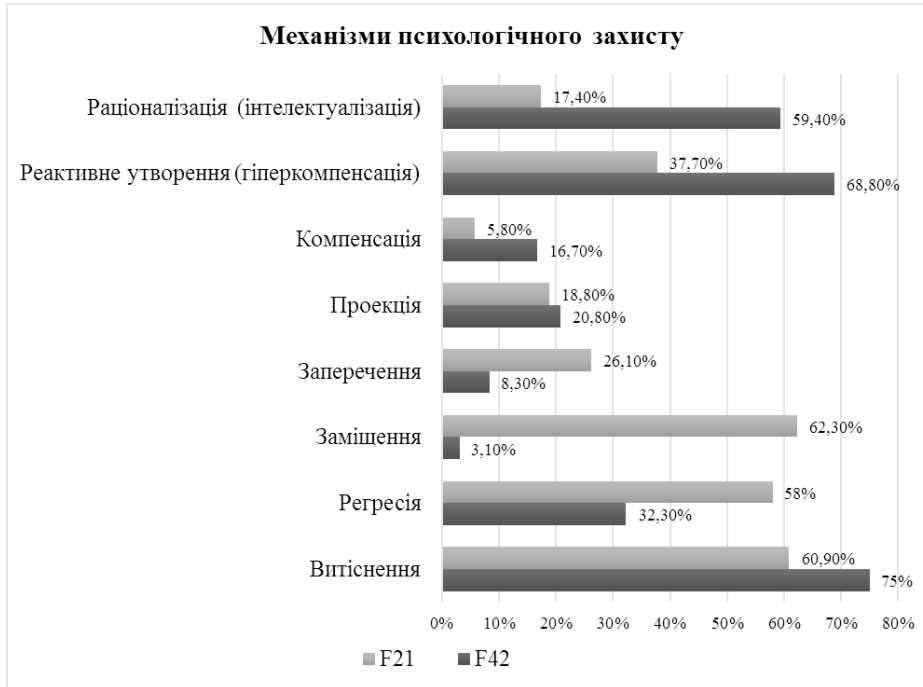


Рис. 3.1. Механізми психологічного захисту пацієнтів групи F42 та F21

В рамках нашого дослідження відводилася значна роль у вивченні особливості вибору стратегії долаючої поведінки у пацієнтів з ОКР групи F42 та у пацієнтів з ШТР з ОКС групи F21, де змістилася психіатрична парадигма з нозоцентричної на адаптаційну (таблиця 3.6).

Таблиця 3.6

Особливості вибору стратегії долаючої поведінки (копінг-стратегії)

(за методикою СДП)

Варіанти копінг-стратегій	Групи обстежених хворих	
	F42 (n=96)	F21 (n=69)
Конфронтація	4 (4,2%)	1 (1,4%)
Дистанціювання	52 (54,2%)***	13 (18,8%)
Самоконтроль	65 (67,7%)	51 (73,9%)
Пошук соціальної підтримки	43 (44,8%)***	12 (17,4%)

Продовження таблиці 3.6

Прийняття відповідальності	46 (47,9%)***	6 (8,7%)
Втеча-уникнення	43 (44,8%)	38 (55,1%)
Планування вирішення проблем	43 (44,8%)***	11 (15,9%)
Позитивна переоцінка	7 (7,3%)	1 (1,4%)

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Вивчаючи копінг-стратегії, тобто особливості пацієнтів взаємодіяти з навколишнім середовищем через призму ОКС в рамках невротичного та субпсихотичного реєстрів змістило інтерес з неусвідомлених інтрапсихічних механізмів захисту на дослідження активної та ціленаправленої поведінки особистості у зв'язку з ОКР (інтерпсихічних механізмів).

Для групи F21 характерні самоконтроль (73,9%), втеча-уникнення (55,1%), тоді як для групи F42 ці копінг-стратегії теж є характерними: самоконтроль (67,7%), втеча-уникнення (44,8%). По відношенню до пацієнтів групи F21 пацієнти групи F42 достовірно частіше використовували копінг-стратегії такі як: дистанціювання ($p=0,001$), пошук соціальної підтримки ($p=0,001$), прийняття відповідальності ($p=0,001$), планування вирішення проблем ($p=0,001$) (рис. 3.2).

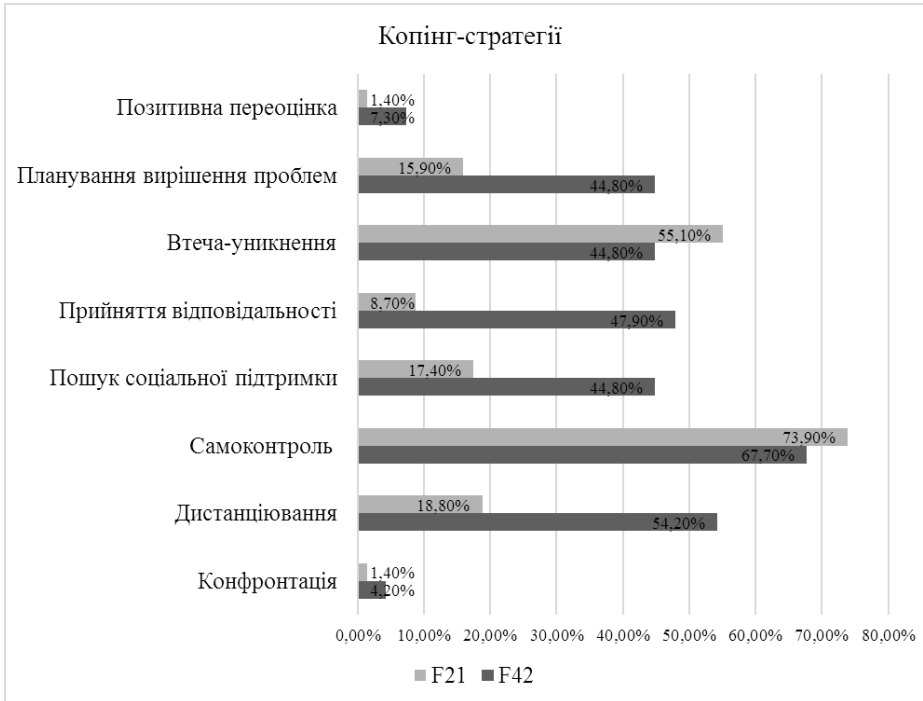


Рис. 3.2 Копінг стратегії пацієнтів групи F42 та F21

3.2. Клінічна типологія ОКР

Одним із базових завдань нашого дослідження було визначити клінічну типологію ОКР. Для комплексної оцінки хворих з виділенням окремих клінічних типів попередньо були вивчені існуючі методичні підходи і обґрунтована методологія даного аналізу. Основою такого аналізу стала розробка дескриптивних (описових) математичних моделей, які, базуючись на визначенні головних компонент та багатомірних регресій, дозволяють виявити і описати зв'язки окремих клінічних параметрів та є специфічними для кожного типу ОКР. Для цього проведено наступне.

На першому етапі визначення типології ОКР первинний масив (базова матриця) був сформований з даних у вигляді переліку симптомів та їх оцінок для кожного хворого за клінічною шкалою Y-BOCS (Symptom Checklist).

Кожен з 14 показників шкали на початковому етапі розглядався як потенційно самостійний фактор і для оцінки взаємозв'язків між показниками була розрахована матриця коефіцієнтів кореляції за факторними ознаками. У зв'язку з тим, що отримана базова матриця парних кореляцій не забезпечує визначення «чистого» зв'язку між окремими показниками, нами проведено покроковий множинний кореляційно-регресійний аналіз, де результативними факторами по черзі виступав кожен з досліджуваних показників шкали Y-BOCS. Розраховані кореляційно-регресійні моделі мали високу мультиколінеарність (взаємозалежність) показників шкали, яка визначалась за критерієм Д. Феррара – Р. Глаубера [180]. В такому вигляді неможливо об'єктивно інтерпретувати кожен з досліджуваних показників як самостійний фактор, що обумовило необхідність представлення результатів у вигляді незалежних між собою компонент, для чого було використано метод визначення головних компонент факторного аналізу. Алгоритми визначення вагів та значень головних компонент були обґрунтовані ще у 1967 році (Д. Лоулі, А. Максвелл) [181], в подальшому розвивались Д. Тьюкі (1982) [182] та Н. Дрейпером (1987) [183]. Методологія компонентного аналізу досить широко використовується в сучасній психології та психіатрії.

Для усунення мультиколінеарності між окремими показниками та визначення незалежних головних компонент, які в подальшому можуть мати індивідуальну інтерпретацію, базова матриця результатів за шкалою Йель-Брауна підлягала подальшому статистичному аналізу шляхом застосування методики косокутового кватримакс-обертання матриці. В результаті були виділені 14 головних компонент за кількістю проаналізованих показників шкали. Кожна з визначених компонент має свою вагу і виявляє специфічний набір статистично значимих факторів (показників) за яким кожна з компонент може бути інтерпретована в окремий тип ОКС (таблиця 3.7).

Таблиця 3.7

Оцінка значимості (ваги) головних компонент для визначення специфічних типів ОКС

Головна компонента (тип)	Вага компонент (дисперсія, %)	Кумулятивна оцінка, %
1	27,15	27,15
2	22,93	50,08
3	19,45	69,53
4	16,29	85,82
5	5,41	91,23
6	3,42	94,66
7	1,64	96,30
8	1,40	97,70
9	0,90	98,60
10	0,57	99,17
11	0,36	99,53
12	0,35	99,88
13	0,07	99,95
14	0,05	100,00

Зважаючи на те, що більшість компонент є малоінформативною, а перші 4 компоненти забезпечують 85,8% ваги (дисперсії) всіх факторів, подальша інтерпретація результатів обґрунтовано буде базуватись саме на інтерпретації перших 4 головних компонент.

Для інтерпретації головних компонент з визначенням специфічних для них клінічних факторів наступним етапом стало проведення аналізу для визначення вагомості окремих симптомів у формуванні факторних навантажень. Результати наведено в таблиці 3.8.

Факторні навантаження, які отримані в результаті квартімакс-обертання даних по шкалі Y-BOCS (Symptom Checklist)

Додано примітку [Н1]:

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

Методологічною основою даного аналізу стала процедура квартімакс, яка передбачає проведення обертання факторів, представлених у вигляді показників досліджуваної шкали (обертання матриці). Дана процедура передбачає, що кожна змінна (в нашому випадку окремий симптом) може пріоритетно корелювати з одним фактором. Тобто, ця процедура дозволяє більш чітко розподілити фактори за наборами специфічних симптомів, які

мають високі кореляційні зв'язки за кожним виділеним фактором. Ця методика в науковій літературі ще має назву як реалізація принципу сукупності факторних рішень (L. Thurstone).

Для першої компоненти (фактор 1) в таблиці 3.8 найбільшу вагу мають симптоми компульсії симетрії та порядку ($r=0,793$), ритуали повторення ($r=0,748$), obsесії симетрії та порядку ($r=0,643$). Інші симптоми є менш значимими, а, отже, неспецифічними для даного фактору. В межах виділених специфічних симптомів для першого фактору можна відзначити зміщення ваги окремих симптомів в сторону компульсії симетрії та порядку. Перший фактор можна інтерпретувати як фактор (тип) нав'язливості незавершеності (Т-незавершеності).

Другий фактор (тип) можна інтерпретувати як нав'язливості уникнення (Т-уникнення). Він виявляє найбільш вагомих зв'язок з симптомами (в ранговому порядку) компульсивні перевірки ($r=0,761$), obsесії забруднення ($r=0,732$), obsесії релігійного змісту ($r=0,653$), компульсії очищення ($r=0,581$) та obsесії іпохондричного змісту ($r=0,535$).

Третій фактор (тип) відповідає амбівалентним нав'язливостям (заборонених спонукань) (Т-амбівалентності). Для нього характерно високий зв'язок з наявністю агресивних думок ($r=0,757$), obsесій сексуального змісту ($r=0,706$) та obsесії дисморфофобічного змісту ($r=0,786$). Дещо менш вагомим для цієї групи, проте також значимим є симптом компульсивних невротичних екскаціяцій ($r=0,640$).

Четвертий фактор (тип) виявляє кореляцією з такими симптомами як компульсії збирання та колекціонування ($r=0,792$) та obsесії інші ($r=0,814$), тому він може бути інтерпретований як нав'язливості накопичення (Т-накопичення).

У зв'язку з тим, що ми досліджуємо дві групи пацієнтів з ОКР та пацієнти з ШТР з домінантною ОКС, нами проведено аналогічний факторний аналіз в межах кожної групи. Метою даного аналізу було визначення специфічності

розподілу факторів і ваги окремих симптомів в кожній групі. Результати аналізу наведено в таблицях 3.9. та 3.10.

Таблиця 3.9

Факторні навантаження, які отримані в результаті квартімакс-обертання даних по шкалі Y-BOCS для пацієнтів групи F42

Симптоми	Факторні навантаження/ типи ОКС n=96			
	Т- незавершенос ті n=49	Т- уникнення n=26	Т- амбівалентно сті n=21	Т- накопичен ня n=0
Обсесії симетрії та порядку	<u>0,526</u>	0,385	0,218	0,143
Обсесії забруднення	0,160	<u>0,781</u>	0,054	-0,104
Обсесії агресивного змісту	0,022	0,228	<u>0,686</u>	0,017
Обсесії іпохондричного змісту	-0,366	<u>0,589</u>	0,019	0,099
Обсесії сексуального змісту	0,165	0,072	<u>0,814</u>	-0,086
Обсесії релігійного змісту	-0,068	<u>0,646</u>	0,123	-0,190
Обсесії дисморфофобічного змісту	-0,011	0,053	<u>0,813</u>	-0,030
Обсесії збирання та колекціонування	0,044	-0,013	0,068	0,325
Компульсії симетрії та порядку	<u>0,895</u>	0,217	0,084	-0,015
Ритуали повторення	<u>0,637</u>	0,377	0,087	0,064
Компульсії очищення	0,252	<u>0,511</u>	-0,335	-0,153
Компульсивні перевірки	0,195	<u>0,802</u>	-0,009	0,101
Компульсивні екскація	0,083	-0,005	<u>0,532</u>	0,042
Компульсії збирання та колекціонування	0,102	0,188	-0,140	0,349

Як видно з наведених даних для пацієнтів з ОКР групи F42 значимими залишаються перші 3 фактори (типи).

Для Т-незавершеності найбільшу вагу мають симптоми компульсії симетрії та порядку ($r=0,895$), ритуали повторення ($r=0,637$), обсесії симетрії та порядку ($r=0,526$). Інші симптоми є менш значимими, а, отже, неспецифічними для даного типу.

T-уникнення виявляє найбільш вагомий зв'язок з наступними симптомами (в ранговому порядку): компульсивні перевірки ($r=0,802$), obsesії забруднення ($r=0,781$), obsesії релігійного змісту ($r=0,646$), obsesії іпохондричного змісту ($r=0,589$) та компульсії очищення ($r=0,511$).

Для T-амбівалентності характерний сильний кореляційний зв'язок з наявністю obsesій сексуального змісту ($r=0,814$), obsesії дисморфофобічного змісту ($r=0,813$) та агресивних думок ($r=0,686$). Деяко менш вагомим для цієї групи, проте також значимим є симптом компульсивних невротичних екскарацій ($r=0,532$).

Для пацієнтів групи F42 зникають будь які кореляційні зв'язки симптомів з фактором (типом) 4, що свідчить про не характерність T-накопичення для пацієнтів даної групи.

Таблиця 3.10

Факторні навантаження, які отримані в результаті квартімакс-обертання даних по шкалі Y-BOCS для пацієнтів групи F21

Симптоми	Факторні навантаження/ типи ОКС n=69			
	T- незавершенос ті n=0	T- уникнення n=21	T- амбівалентно сті n=30	T- накопичення n=18
Obsesії симетрії та порядку	0,270	0,372	0,225	0,268
Obsesії забруднення	0,074	<u>0,692</u>	0,055	-0,226
Obsesії агресивного змісту	0,011	0,212	<u>0,735</u>	0,033
Obsesії іпохондричного змісту	-0,158	<u>0,581</u>	0,019	0,230
Obsesії сексуального змісту	0,076	0,081	<u>0,721</u>	-0,187
Obsesії релігійного змісту	-0,027	<u>0,514</u>	0,155	-0,481
Obsesії дисморфофобічного змісту	-0,005	0,058	<u>0,753</u>	-0,068
Obsesії збирання та колекціонування	0,018	-0,009	0,092	<u>0,797</u>
Компульсії симетрії та порядку	0,343	0,209	0,087	-0,041
Ритуали повторення	0,307	0,326	0,101	0,132

Продовження таблиці 3.10

Компульсії очищення	0,111	<u>0,569</u>	-0,301	-0,347
Компульсивні перевірки	0,081	<u>0,874</u>	-0,008	0,244
Компульсивні екскація	0,037	-0,005	<u>0,534</u>	0,094
Компульсії збирання та колекціонування	0,047	0,193	-0,137	<u>0,750</u>

Аналізуючи дані таблиці 3.10 для пацієнтів з ШТР з домінантною ОКС групи F21 значимими залишаються фактори (типи): 2, 3, 4.

Для пацієнтів зникають будь які кореляційні зв'язки симптомів з фактором (типом) 1, що свідчить про не характерність Т-незавершеності для досліджуваних даної групи.

Т-уникнення виявляє найбільш вагомий зв'язок з наступними симптомами: компульсивні перевірки ($r=0,874$), obsesії забруднення ($r=0,692$), obsesії релігійного змісту ($r=0,514$), obsesії іпохондричного змісту ($r=0,581$) та компульсії очищення ($r=0,569$).

Для Т-амбівалентності характерний сильний кореляційний зв'язок з наявністю obsesій сексуального змісту ($r=0,721$), obsesії дисморфофобічного змісту ($r=0,753$), агресивних думок ($r=0,735$) та симптом компульсивних невротичних екскацій ($r=0,534$).

Для Т-накопичення найбільшу вагу мають симптоми компульсії збирання та колекціонування ($r=0,750$) та obsesії інші ($r=0,797$). Інші симптоми є менш значимими, а, отже, неспецифічними для даного типу.

Отже, Т-незавершеності та Т-накопичення можна визначити діагностично специфічними. Для пацієнтів групи F42 специфічно-визначеним є Т-незавершеності, а для пацієнтів групи F21 – Т-накопичення.

Таблиця 3.11

Розподіл пацієнтів груп F42 та F21 за переважанням специфічних симптомів ОКС

Типи	F42 n=96 абс. (%)	F21 n=69 абс. (%)	Всього n=165 абс. (%)
Тип - незавершеності	49 (51)	0	49 (29,7)
Тип - уникнення	26 (27)	21 (30,4)	47 (28,5)
Тип - амбівалентності	21 (22)	30 (43,5)	51 (30,9)
Тип - накопичення	0	18 (26,1)	18 (10,9)

Базуючись на отриманих результатах нами проведено розподіл хворих з ОКР (група F42) та хворі з ШтР з домінантною ОКС (група F21) за пріоритетністю симптоматики на типи, яким в подальшому призначалась специфічна терапія в рамках комплексної програми лікування (КПЛ).

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Підсумовуючи наведені дані в цьому розділі можна зробити висновки, що ОКС мають характерні прояви відповідно до груп досліджуваних. Досліджуючи пацієнтів групи F42 ми відзначили клінічно виражену тривогу у переважній більшості пацієнтів, що виявилось досить типовим для пацієнтів з ОКР. Якість життя оцінювалася як низький та вкрай низький, так як критика у даного контингенту пацієнтів присутня, симптоми являються Его-дистонними (обсесивні думки – інтрузивними, а компульсії виступають як допоміжний захід для того, щоб справлятися з вираженою тривогою, що і підтверджується за допомогою госпітальної шкали тривоги та депресії). Натомість у групі пацієнтів F21 характерним виявилось вираженість не тільки тривоги, але й депресивних симптомів, а якість життя суб'єктивно оцінювалася як середній рівень, що пояснюється патологічним сприйняттям свого хворобливого стану. Симптоми є Его-синтонними, критика знижена, обсесії набувають характеру надцінних ідей.

Аналізуючи характерні механізми психологічного захисту для кожної із груп пацієнтів з ОКР та з ШтР з ОКС можна зробити висновок, що для

пацієнтів групи F42 характерна пасивна диспозиція; для пацієнтів F21 більш типовим є агресивна та параноїдна диспозиція та спільними для обох груп є обсесивна диспозиція та диспозиція істерії. Вивчивши загальну напруженість захисних механізмів у групі пацієнтів F42, що відображає реально існуючі, але не вирішені зовнішні та внутрішні конфлікти в порівнянні з групою пацієнтів F21, що в подальшому і буде визначати точки прикладання лікувальних психотерапевтичних технік.

В рамках нашого дослідження відводилася значна роль вивченню особливості вибору стратегії долаючої поведінки (копінг-стратегії) у пацієнтів групи F42 та групи F21. Особливості пацієнтів взаємодіяти з навколишнім середовищем через призму ОКС в рамках реєстрів змістило інтерес з неусвідомлених інтрапсихічних механізмів захисту на дослідження активної та ціленаправленої поведінки особистості, тим самим концептуально трансформувалася психіатрична парадигма з нозоцентричної на адаптаційну, що виявилось важливим в ПКЛ.

Провівши аналіз та сформулювавши матрицю кореляційного масиву між окремими симптомами нав'язливостей, що дало можливість виділити діагностичну типології ОКС пацієнтів з ОКР (група F42) та пацієнтів з ШтР з домінантною ОКС (група F21), яким в подальшому призначалась специфічна терапія в рамках КПЛ.

Результати, викладені в цьому розділі, опубліковані в таких наукових працях:

1. 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. P. 16-19. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).

2. 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. P. 77-84. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).

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

4. Челядин Ю. Я. Співвідношення психопатологічних особливостей обсесивно-компульсивного розладу із механізмами психологічного захисту у визначенні фокусу психотерапії. *The second international scientific congress of scientists of europe (as part of the II International Scientific Forum of Scientists "East - West" (Austria - Russia - Kazakhstan - Canada - Ukraine - Czech Republic)). Vienna. Austria. 10-11th May 2018. P. 682-692. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).*

РОЗДІЛ 4
ДИФЕРЕНЦІЙОВАНА ПРОГРАМА КОМПЛЕКСНОГО
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИМ
РОЗЛАДОМ

На тлі визначення клінічної типології нами було розроблено програму комплексного лікування (ПКЛ) хворих в залежності від типології ОКС у пацієнтів з ОКР та з ШтР з домінантною ОКС.

На основі визначення клінічної типології було розроблено ПКЛ хворих в залежності від типології ОКС у пацієнтів з ОКР та з ШтР з домінантною ОКС.

Основними складовими ПКЛ є три етапи:

I – *діагностичний*, метою якого є визначення типу ОКС та його особливості від нозологічної належності;

II – *клінічний*, який спрямований на редукцію проявів ОКС за допомогою КомБТ (ПфТ та ПсТ) або у вигляді МоноТ (ПфТ або ПсТ) в залежності від типу ОКС та його нозологічної належності;

III – *реабілітаційний*, котрий спрямований на відновлення або підтримку оптимального рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації пацієнта, виявлення та активацію внутрішньоособистісного ресурсу, збільшення періодів ремісії та профілактику рецидивування епізодів ОКС.

4.1. Обґрунтування принципів створення алгоритму ПКЛ

На сьогодні, при лікуванні ОКР, протокольними препаратами, використання яких базується на основі доказової медицини детально висвітлені в інструкції, що була запропонована Американською асоціацією психіатрів (2013) [67], в Клінічному протоколі надання медичної допомоги пацієнтам, хворим на ОКР (Україна, 2007) [65], а також у Британському протоколі щодо терапії ОКР (NICE, 2005) [66].

Власне у жодному протоколі по лікування ОКР не акцентується увага на розподілі ПФТ та психотерапії ПсТ, в залежності від регістру, а тим більше від типології ОКС, а також їх комбінація.

4.1.1 Фармакологічні заходи в комплексному лікуванні хворих з ОКР

Препарати, які ми використовували в нашому дослідженні були виключно протокольними.

Для пацієнтів групи F42 першочергово було рекомендовано та застосовано ПФТ, яка включала, насамперед, призначення АД та ТмЛ, такі як регулятори глутамату, і за необхідності – АП та ПсТ (КБТ та ГшТ).

Принципи призначення ПФТ у пацієнтів групи F42 представлені у таблиці 4.1.

Таблиця 4.1

Застосування ПФТ у пацієнтів групи F42 в залежності від типології ОКС
(основні препарати та дозування, міліграми на добу)

Типологія ОКС	АД (мг/д)				АП (мг/д)			ТмЛ (мг/д)
	Есциталопрам	Пароксетин	Сертралін	Міансерин	Арипіпразол	Рисперідон	Оланзепін	Ламотриджин
Т-незавершеності	-	-	-	-	-	-	-	-
Т-уникнення	10-20	20-30	50-150	5-15	-	-	-	25-50
Т-амбівалентності	-	30-60	100-200	15-30	2,5-5	-	-	50-100

Для типу (Т-незавершеності), де переважають ритуали повторення, обсеїї та компульсії симетрії та порядку проводилась виключно ПсТ, ефективність якої почала відмічатися вже на четвертій – п'ятій сесії.

У пацієнтів F42 Т-незавершеності спостерігалось виражене відчуття тривоги, спричинене невизначним характером обсеїї та чітким проявом компульсивної поведінки. Запропонувавши пацієнтам «розірвати» даний цикл,

точкою прикладання була точка (II) (роз'єднання симптомокомплексу тривоги та компульсії). В даному випадку ми застосовували виключно ПсТ (детальний опис в підрозділі 4.1.2).

Для пацієнтів групи F42 Т-уникнення було характерно урівноваження симптомокомплексу як obsesій, так і компульсій. Нав'язливі думки мали більш чіткий характер, тривога характеризувалася інтенсивнішим перебігом, компульсії набували ще більшої інтенсивності. Тому крім ПсТ, при даному типі ОКС використовували АД та ТмЛ. Якщо симптоматика зміщувалася в бік компульсій (ритуали очищення, перевірки) найбільш ефективним виявився есциталопрам в дозі 10-20 мг/д (вранці) в поєднанні з міансерином в дозі 5-15 мг/д (ввечері). Якщо переважала вираженість obsesій більш ефективним був пароксетин в дозі 20-30 мг/добу (вранці) в поєднанні з міансерином в дозі 5-15 мг/д (ввечері) або при резистентних формах застосовували ламотриджин в дозі 25-50 мг/д (вранці та/або обід). Якщо симптоми obsesій та компульсій проявлялися в однаковій мірі, спостерігали кращу редукцію симптоматика при застосування сертраліну в дозі 50-150 мг/д вранці поєднанні з міансерином в дозі 5-15 мг/д (ввечері) та/або при резистентних формах застосовували ламотриджин в дозі 25-50 мг/д (вранці та/або обід).

У пацієнтів групи F42 Т-амбівалентності виявилось зміщення вираженості симптомів в бік нав'язливих думок, тоді як серед компульсивних дій були характерні тільки нав'язливі невротичні екскації. Точкою прикладання лікувальних заходів у методиці візуалізації на циклі ОКР була точка (I), що свідчить про необхідність роз'єднання симптомокомплексу obsesій та відчуттям тривоги. Нав'язливі думки мали значно виражену інтенсивність, була наявна тривога, яка в порівнянні з F42 Т-уникнення була меншою. Була проведена ПсТ, а також при даному типі ОКС використовували АД та ТмЛ, в дозах більших ніж при F42 Т-уникнення, а при резистентних формах використовували АП. Есциталопрам виявився мало ефективним. Хороший ефект в редукції симптоматика мав пароксетин в дозі 30-60 мг/д (вранці) в поєднанні з міансерином в дозі 15-30 мг/д (ввечері) та

ламотриджином в дозі 50-100 мг/д (вранці та/або обід), а також сертралін в дозі 100-200 мг/д вранці в поєднанні з мінсерином в дозі 15-30 мг/д (ввечері) та ламотриджином в дозі 50-100 мг/д (вранці та/або обід). При резистентних формах застосовували пароксин в дозі 30-60 мг/д (вранці) або сертралін в дозі 100-200 мг/д (вранці) та арипіпразол в дозі 2,5-5 мг/д (ввечері) та/або ламотриджин в дозі 25-50 мг/д (вранці та/або обід).

Для пацієнтів групи F21 рекомендовано було: комбіноване втручання, котре включало ПфТ та ПсТ: КБТ та ГшТ; монотерапевтичне втручання – ПфТ.

Принципи призначення ПфТ у пацієнтів групи F21 представлені у таблиці 4.2.

Таблиця 4.2

Застосування ПфТ у пацієнтів групи F21 в залежності від типології ОКС
(основні препарати та дозування, міліграми на добу)

Типологія ОКС	АД (мг/д)				АП (мг/д)			ТмЛ (мг/д)
	Есциталопрам	Пароксетин	Сертралін	Мінсерин	Арипіпразол	Рисперідон	Оланзепін	Ламотриджин
Т-уникнення	10-15	20-30	50-150	-	5-10	-	-	50-100
Т-амбівалентності	-	-	50-100	-	-	1-2	10-15	50-100
Т-накопичення	-	-	-	-	15	3-4	10-20	50-100

У пацієнтів групи F21 з Т-уникнення було характерно урівноваження симптомокомплексу як обсессій, так і компульсій. Нав'язливі думки мали чіткий характер, однак на відміну від невротичного регістру обсессії були Его-синтонними, тому потребували іншої ПфТ корекції, була наявна тривога, компульсії характеризувалися більшою інтенсивністю. Тому в основі ПфТ був арипіпразол в дозі 5-10 мг/д (вранці або ввечері) в поєднанні з ламотриджином в дозі 50-100 мг/д (обід і/або ввечері) та есциталопрамом в дозі 10-15 мг/д (вранці), якщо симптоматика зміщувалася в бік компульсій (ритуали очищення,

перевірки). Якщо переважала вираженість obsесій хороший ефект в лікуванні спостерігався при застосуванні арипіпразолу в дозі 5-10 мг/д (вранці або ввечері) в поєднанні з ламотриджином в дозі 50-100 мг/д (обід і/або ввечері) та більш ефективним був пароксетин в дозі 20-30 мг/д (вранці). Якщо симптоми obsесій та компульсій проявлялися в однаковій мірі, спостерігали кращу редукцію симптоматики при застосуванні арипіпразолу в дозі 5-10 мг/д (вранці або ввечері) в поєднанні з ламотриджином в дозі 50-100 мг/д (обід і/або ввечері) та сертраліну в дозі 50-150 мг/д вранці.

Пацієнти групи F21 Т-амбівалентності проявляли зміщення вираженості симптомів в бік obsесій. Нав'язливі думки мали значно виражену інтенсивність, була наявна тривога. При даному типі ОКС ми використовували рисперідон в дозі 1-2 мг/д (ввечері) або оланзепін 10-15 мг/д (ввечері) в поєднанні з сертраліном в дозі 50-100 мг/д (вранці) та ламотриджином в дозі 50-100 мг/д (вранці та/або обід).

При F21 Т-накопичення, ПфТ проводилася виключно АП: арипіпразолом в дозі 15 мг/д (вранці або ввечері), або рисперідоном 3-4 мг/д (вранці або ввечері), або оланзепіном 10-20 мг/д (ввечері) в поєднанні з ламотриджином в дозі 50-100мг/добу (вранці та/або обід). ПсТ не проводилася.

Таким чином, можна зробити висновок, що ПфТ має специфіку призначення в залежності від регістру та типології ОКС. Якщо це невротичний регістр, базовим буде призначення АД у високих дозах і лише при резистентних формах ми призначаємо АП в малих дозах. Натомість для редукції ОКС субпсихотичного регістру в основі буде АП з додаванням АД. Звідси випливає, що в групі F42 пацієнти отримували як монотерапію в якості ПсТ (Т-незавершеності), так і комбіновану терапію в якості ПсТ та ПфТ (Т-уникнення, Т-амбівалентності). В групі F21 пацієнти отримували як монотерапію в якості ПфТ (Т-накопичення), які відмовлялися від ПсТ, але періодично здійснювалася психосвітня робота з родичами, так і комбіновану терапію пацієнтів в якості ПсТ та ПфТ (Т-уникнення, Т-амбівалентності).

4.1.2 Психотерапевтичні заходи в комплексному лікуванні хворих з ОКР

В залежності від регістру ОКР та типів ОКС визначилася потреба диференціації у психотерапевтичній рецептурі, у зв'язку з різними фокус-мішенями ПсТ-го втручання.

Психотерапія здійснювалася протягом шести місяців, один раз на тиждень, тривалістю одна година. Всього проведено двадцять шість (26) сесій (сеттінгів), перша і остання сесії були виключно діагностичні, двадцять чотири сесії – терапевтичні. За допомогою опитувальника ІЖС – вдалося побудувати профіль захисної структури пацієнта відповідної групи та типу, а також методики СДП – оцінити ефективність терапії в динаміці (перша та остання сесії) відповідної групи та типу ОКС.

На другій сесії, під час сеттінгу ми візуалізували (процес побудови графічного образу) цикл ОКР, що допомагає у процесі загального аналізу вбачати аномалії (структури) циклу. В результаті актуалізується адаптивний рівень процесу візуалізації у пацієнтів, особливістю якого є те, що, ґрунтуючись на роз'яснювальній інформації лікаря, спроектована система здійснює процедури самоконфігурування, самооптимізації й самовідновлення. В свідомості пацієнтів з ОКР цикл являється єдиним континуумом, за рахунок якого особистість справляється з інтрузивними, Еґо-дистонними (у пацієнтів групи F42) та Еґо-синтонними (у пацієнтів групи F21). Таким чином, можна зробити висновок, що пацієнти з ОКС F42 чи F21 за допомогою лікаря обирають точку прикладання ПфТ та ПсТ заходів, що в подальшому і дасть можливість сформувати програму комплексного лікування в залежності від типології ОКС.

Для групи пацієнтів F42 з Т-незавершеності фокусом терапії є точка (I, III) – МоноТ (ПсТ); з Т-уникнення та Т-амбівалентності – спочатку точка (I, III) (ПсТ), а потім точка (II) (ПфТ) – КомбТ.

Для групи пацієнтів F21 з Т-уникнення та Т-амбівалентності – спочатку точка (II) (ПфТ), а потім точка (I, III) (ПсТ); з Т-накопичення – точка (II) – МоноТ (ПфТ).

Точка – це умовна зона прикладання ПфТ або ПсТ (КБТ або ГшТ); точка (I) – психотерапевтичні техніки КБТ; точка (II) – ПфТ; точка (III) – психотерапевтичні техніки ГшТ.

Незалежно від того, який реєстр та типологія ОКС, психотерапевтичне втручання для пацієнтів з ОКР починається з зовнішнього циклу, відрізняється тільки послідовність впливу на точки циклу. Надалі робота з динамікою внутрішнього циклу характерна для пацієнтів групи F42 (Т-незавершеності, Т-уникнення, Т-амбівалентності) та групи пацієнтів F21 (Т-уникнення і Т-амбівалентності). Робота з внутрішнім циклом – це робота з особистістю. ОКС – це зовнішній прояв внутрішнього конфлікту, тому робочою психотерапевтичною гіпотезою – є, можливість розгляду ОКС, як прояву неусвідомленої потреби. Будь який стимул (S), тобто стрес (еустрес чи дистрес) викликає реакцію (R), тільки в залежності від різноманітних психосоціальних умов особистість може блокувати будь-який прояв емоційних переживань, або піддавати їх контролю, інтелектуалізації, подавляючи і неможливістю надати форму прояву тих чи інших емоційних реакцій. Таким чином, це може давати початок розвитку внутрішнього конфлікту: між тим як «правильно», як «повинно бути» (інтоєктивні процеси) та власне потребами (які можуть бути навіть неусвідомлені) особистості. Тому однією із основних задач ПсТ, а саме ГшТ, являється необхідність трансформувати неусвідомлені процеси в свідомі, з можливістю їх проживати «тут і тепер» та прийняття тих емоційних переживань, які раніше були недопустимі (рис. 4.1).

В результаті статистичної обробки даних було чітко прослідковано, що в групі F42 для усіх типів переважають копінг-стратегії направлені переважно на зниження емоційного дискомфорту: дистанціювання, самоконтроль, пошук соціальної підтримки. Виявлення даних копінг-стратегій і являлося фокусом для терапії протягом 6 місяців. В результаті проведеної терапії (МоноТ, КомбТ) копінг-стратегії набули іншого характеру та вираженості: конфронтація, прийняття відповідальності, позитивна переоцінка. В групі F21 пацієнти характеризуються перевагою копінг-стратегій: самоконтроль, втеча-уникнення,

що теж являлося фокусом проведеної терапії протягом 6 місяців, в результаті чого, копінг-стратегії змінилися: зменшився рівень самоконтролю, збільшився прояв рівня прийняття відповідальності.

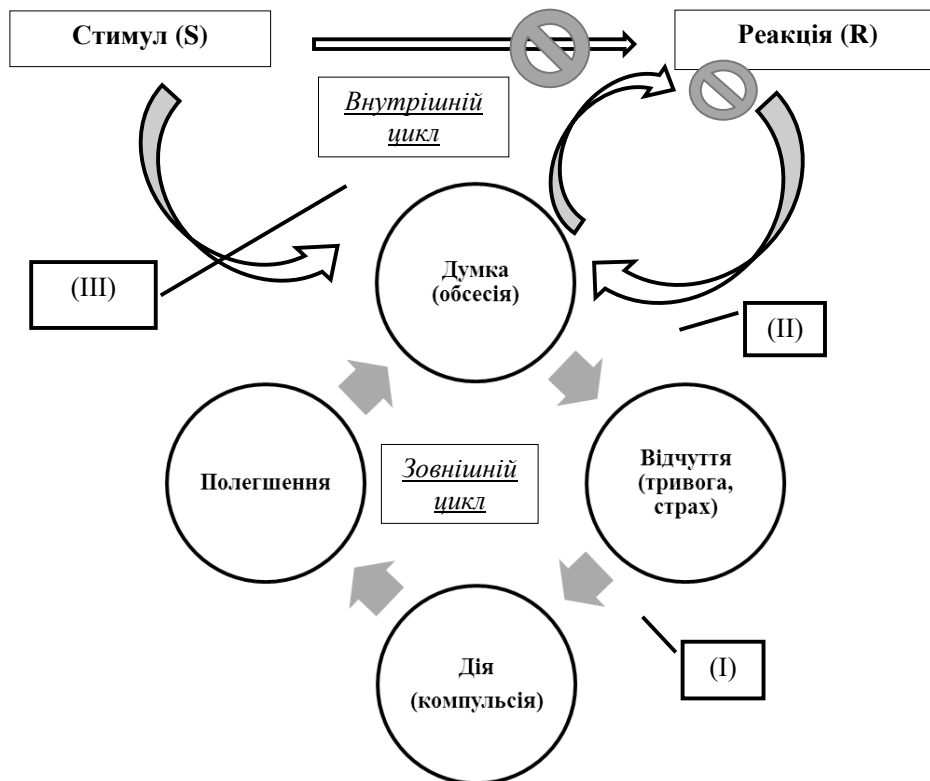


Рис. 4.1. Фокус-мішені програми комплексного лікування в залежності від типології ОКС

Розуміючи феноменологію ОКР з позиції як КБТ так і ГшТ дає можливість розвивати техніку в практичній роботі з пацієнтами з ОКР як невротичного так і субпсихотичного реєстрів. Хворий з ОКС часто приносить на терапевтичну зустріч формалізм, ритуальність, стриманість, зверх-раціональність, перфекціонізм, очікування.

Варто пам'ятати про можливість розвитку паралельного процесу у терапевта в вигляді ретрофлексії, дифлексії, з подальшою нездатністю утримання фігури. Необхідно акцентувати увагу на те, що являється ресурсом для самого терапевта, що терапевт відчуває в контрпереносі - є вкрай корисними у зустрічі з пацієнтом із ОКР. Усвідомленість даних процесів ставить на чільне місце терапевта, що носить більш інтегративний характер, включає в себе і когнітивний, і афективний і експресивний компонент аж до інтенційності хворого, і частина роботи терапевта спрямована на перетворення компульсивної діяльності в усвідомлену діяльність, за рахунок фокусування на переході від усвідомлення до дії. Робота над зміцненням границь самого пацієнта, розвитком його асертивності і здатності до незалежної дії, присвоєнням права, усвідомленням екології власної мікросистеми являється однією з важливих процесів успішної терапії.

4.2 Ефективність запропонованої ПКЛ

Відповідно до одного із завдань, які ми поставили перед дисертаційним дослідженням, було оптимізувати принципи лікування ОКР. З огляду на це, нами було проведено статистичний аналіз показників за шкалами в динаміці проведеної терапії протягом шести місяців з огляду на типологію в кожній групі пацієнтів, для подальшої можливості обґрунтувати та рекомендувати комплексну програму лікувальних засобів в залежності і від типології ОКС та від реєстру ОКР.

Дані таблиці 4.3. свідчать, що у пацієнтів групи F42 за Т-незавершеності важкість перебігу ОКС до лікування характеризувався помірним ступенем важкості, де показник після лікування достовірно зменшився на 36,7% ($p=0,0001$). Показник тяжкого перебігу ОКР зменшився до 0% ($p=0,004$), що є статистично достовірним. Натомість показник легкого перебігу ОКР достовірно збільшився на 26,5% ($p=0,007$), а також показник відсутності симптомів ОКР достовірно збільшився на 30,6% ($p=0,001$), що свідчить про ефективність проведеної терапії.

Таблиця 4.3

Розподіл пацієнтів групи F42 в залежності від важкості перебігу ОКР та типології ОКС, до та після лікування (за шкалою Y-BOCS)

Важкість перебігу ОКР	Типи ОКС у групі F42						
	Т-незавершеності n=49		Т-уникнення n=26		Т-амбівалентності n=21		Т-накопичення n=0
	до	після	до	після	до	після	
Відсутність ОКС	0 (0%)	15 (30,6%)*	0 (0%)	4 (15,4%)*	0 (0%)	3 (14,3%)	0 (0%)
Легкий	12 (24,5%)	25 (51%)*	3 (11,5%)	14 (53,8%)*	3 (14,3%)	16 (76,2%)*	0 (0%)
Помірний	27 (55,1%)	9 (18,4%)*	15 (57,7%)	7 (26,9%)*	15 (71,4%)	2 (9,5%)*	0 (0%)
Тяжкий	9 (18,4%)	0 (0%)*	5 (19,2%)	1 (3,9%)	3 (14,3%)	0 (0%)	0 (0%)
Вкрай тяжкий	1 (2%)	0 (0%)	3 (11,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

У пацієнтів з Т-уникнення важкість перебігу ОКР до проведеної терапії характеризувався помірним ступенем важкості у 57,7% пацієнтів. Після лікування показник достовірно зменшився на 30,8% (p=0,025). Показник легкого перебігу ОКР достовірно збільшився на 42,3% (p=0,001), а також показник відсутності симптомів ОКР достовірно збільшився на 15,4% (p=0,034).

Ефективність лікування у хворих з Т-амбівалентності характеризується тим, що важкість перебігу ОКР до проведеної терапії характеризувався помірним ступенем важкості у 71,4% пацієнтів. Після лікування показник достовірно зменшився на 61,9% (p=0,001). Показник легкого перебігу ОКР достовірно збільшився на 61,9% (p=0,0001).

Таблиця 4.4

Розподіл пацієнтів групи F21 в залежності від важкості перебігу ОКР та типології ОКС, до та після лікування (за шкалою Y-BOCS)

Важкість перебігу ОКР	Типи ОКС у групі F21						
	Т-незавешеності n=0	Т-уникнення n=21		Т-амбівалентності n=30		Т-накопичення n=18	
		до	до	після	до	після	до
Відсутність	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Легкий	0 (0%)	1 (4,8%)	6 (28,5%)*	2 (6,7%)	10 (31%)*	0 (0%)	2 (11,1%)
Помірний	0 (0%)	11 (52,4%)	14 (66,7%)	14 (46,7%)	12 (41,3%)	5 (27,8%)	7 (38,9%)
Тяжкий	0 (0%)	7 (33,3%)	1 (4,8%)*	8 (26,6%)	7 (24,4%)	9 (50%)	6 (33,3%)
Вкрай тяжкий	0 (0%)	2 (9,5%)	0 (0%)	6 (20,0%)	1 (3,3%)*	4 (22,2%)	3 (16,7%)

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Як видно з приведених даних таблиці 4.4 у пацієнтів групи F21 з Т-уникнення до лікування важкість перебігу ОКС характеризувалася помірним ступенем вираженості, що після лікування змінився незначно. Натомість, достовірно зменшився показник важкого ступеня важкості на 28,5% (p=0,015) та вкрай важкого ступеня важкості з 9,5% до 0% та достовірно збільшився показник легкого перебігу на 23,7% (p=0,035).

У пацієнтів з Т-амбівалентності також переважав помірний ступінь вираженості ОКС, який зменшився всього на 5,4%. Але після проведеного лікування достовірно збільшився показник легкого ступеня важкості на 24,3% (p=0,02) та зменшився показник вкрай важкого перебігу на 16,7% (p=0,042).

Показники важкості перебігу ОКС у хворих з Т-накопичення змінилися не суттєво. Характерним був важкий ступінь – у 50% пацієнтів і після проведеного лікування зменшився до 33,3%. Позитивним критерієм у лікуванні виявилось поява показника легкого ступеня важкості ОКС у 11,1% пацієнтів.

Таблиця 4.5

Розподіл пацієнтів групи F42 в залежності від вираженості тривоги і депресії та типології ОКС, до та після лікування (за шкалою HADS)

Вираженість тривоги та депресії	Типи ОКС у групі F42						
	Т-незавершеності n=49		Т-уникнення n=26		Т-амбівалентності n=21		Т-накопичення n=0
	до	після	до	після	до	після	
Відсутня тривога/ депресія	0 (0%)	37 (75,5%)* **	0 (0%)	12 (46,2%)* ***	0 (0%)	7 (33,3%)* **	0 (0%)
Субклінічна тривога	20 (40,8%)	10 (20,4%)*	10 (38,5%)	9 (34,6%)	4 (19%)	13 (61,9%)* **	0 (0%)
Субклінічна депресія	7 (14,3%)	2 (4,1%)	7 (26,9%)	2 (7,7%)	7 (33,3%)	0 (0%)* **	0 (0%)
Клінічний рівень тривоги	29 (59,2%)	0 (0%)* ***	13 (50%)	3 (11,5%)* **	9 (42,9%)	1 (4,8%)* **	0 (0%)
Клінічний рівень депресії	5 (10,2%)	0 (0%)*	4 (15,4%)	0 (0%)*	14 (66,7%)	0 (0%)* ***	0 (0%)

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

У пацієнтів групи F42 з Т-незавершеності після проведеного лікування симптоми тривоги та депресії були у відсутні у 75,5% пацієнтів (p=0,0001). Симптоми субклінічної тривоги зменшилися на 20,4% (p=0,028). Показники: клінічного рівня тривоги зменшився з 59,2% до 0% (p=0,0001) та клінічного рівня депресії з 10,2% до 0% (p=0,026), що є статистично достовірними даними.

У пацієнтів з Т-уникнення після проведеного комплексного лікування симптоми як тривоги, так і депресії не виявлялися у 46,2% (p=0,0001). Характерним для цього типу після проведеної комбінованої терапії статистично достовірно зменшилися показники клінічного рівня тривоги на 38,5% (p=0,003) та клінічного рівня депресії на 15,4% (p=0,045).

Показники вираженості тривоги та депресії у пацієнтів з Т-амбівалентності статистично достовірно зменшилися по всіх параметрах: вираженість

депресивного синдрому на 66,7% ($p=0,0001$); тривожного синдрому – на 38,1% ($p=0,004$); ознаки субклінічної депресії – на 33,3% ($p=0,006$). Лише симптоми субклінічної тривоги збільшилися на 42,9% ($p=0,005$). Це свідчить, що симптоми субклінічної тривоги зберігається як основа ОКС, тому є необхідність продовжувати терапевтичні заходи на період більше ніж шість місяців, а також трансформація симптомів тривоги з клінічної в субклінічну – це швидше фокус для подальшої психотерапії. Також статистично достовірно збільшився показник відсутності будь-яких симптомів, як депресії так і тривоги з 0% до 33,3% ($p=0,005$).

Таблиця 4.6

Розподіл пацієнтів групи F21 в залежності від вираженості тривоги і депресії та типології ОКС, до та після лікування (за шкалою HADS)

Вираженість тривоги та депресії	Типи ОКС у групі F21						
	Т-незавершеності n=0	Т-уникнення n=21		Т-амбівалентності n=30		Т-накопичення n=18	
		до	до	після	до	після	до
Відсутня тривога/ депресія	0 (0%)	0 (0%)	1 (4,8%)	0 (0%)	2 (6,7%)	0 (0%)	0 (0%)
Субклінічна тривога	0 (0%)	8 (38,1%)	8 (38,1%)	13 (43,3%)	17 (56,7%)	7 (38,9%)	5 (27,8%)
Субклінічна депресія	0 (0%)	9 (42,9%)	13 (61,9%)	11 (36,7%)	14 (46,7%)	9 (50%)	8 (44,4%)
Клінічний рівень тривоги	0 (0%)	2 (9,5%)	4 (19%)	5 (16,7%)	8 (26,7%)	2 (11,1%)	2 (11,1%)
Клінічний рівень депресії	0 (0%)	1 (4,8%)	0 (0%)	1 (3,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

* $p<0,05$, ** $p<0,01$, *** $p<0,001$

Згідно наведених даних у таблиці 4.6 статистично достовірних змін зі сторони жодного показника не простежується. Це пояснюється в, першу чергу, суб'єктивною оцінкою свого стану пацієнтів з ШТР з домінантною ОК-симптоматикою за шкалою HADS через призму зниженої критики. Тому під

впливом ПфТ, що являється первинним етапом терапії для даної групи хворих покращується критика і оцінка власного стану, що в подальшому і буде визначати точки прикладання ПсТ.

Таким чином, показники мали тенденцію до збільшення для пацієнтів з Т-уникнення, де після лікування характерним виявилися субклінічна депресія у 61,9% та клінічний рівень тривоги у 19%; з Т-амбівалентності – субклінічна тривога у 56,7% та субклінічна депресія 46,7% та клінічний рівень тривоги у 26,7%. Для хворих з Т-накопичення показники дещо зменшилися, що швидше свідчить про суб'єктивну оцінку свого стану та недостатнім рівнем критики та в подальшому буде визначати рекомендації, в комбінованій терапії для даної групи пацієнтів з виявленою типологією ОКС.

Таблиця 4.7

Розподіл пацієнтів групи F42 в залежності від оцінки якості життя та типології ОКС, до та після лікування (за шкалою ОЯЖ)

Рівень життя	Типи ОКС у групі F42						
	Т-незавершеності n=49		Т-уникнення n=26		Т-амбівалентності n=21		Т-накопичення n=0
	до	після	до	після	до	після	
Дуже високий	0 (0%)	5 (10,2%)*	0 (0%)	1 (3,9%)	0 (0%)	1 (4,8%)	0 (0%)
Високий	0 (0%)	17 (34,7%)*	0 (0%)	8 (30,8%)*	0 (0%)	2 (9,5%)	0 (0%)
Середній	17 (34,7%)	25 (51%)	4 (15,4%)	14 (53,8%)*	1 (4,8%)	15 (71,4%)*	0 (0%)
Низький	25 (51%)	2 (4,1%)*	17 (65,4%)	3 (11,5%)	16 (76,2%)	3 (14,3%)*	0 (0%)
Вкрай низький	7 (14,3%)	0 (0%)*	5 (19,2%)	0 (0%)*	4 (19%)	0 (0%)	0 (0%)

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Досліджуючи оцінку якості життя пацієнтів (за шкалою оцінки якості життя, Чабан О.С., 2008) групи F42 до та після лікування можна зробити висновок, що прослідковується позитивна динаміка лікування. При Т-

незавершеності пацієнти оцінювали свій рівень життя як низький у 51%, що статистично достовірно зменшився після проведеної ПКЛ на 46,9 (p=0,0001) та вкрай низький – зменшився на 14,3% (p=0,0001). Тоді як показники високого рівня достовірно збільшилися на 34,7% (p=0,0001) та дуже високого – на 10,2% (p=0,022).

Пацієнти з Т-уникнення до лікування оцінювали свій рівень життя як низький у 65,4%, тоді як після проведеної КомбТ показник достовірно зменшився на 53,9% (p=0,0001). Показник оцінки вкрай низького рівня життя зменшився на 19,2% (p=0,027). Відповідно показники оцінки якості життя достовірно збільшилися: середній рівень життя – на 38,4% (p=0,004) та високий – на 30,8% (p=0,002).

При Т-амбівалентності пацієнти з ОКР оцінювали якість свого життя як низький у 76,2%. Після ПКЛ цей показник достовірно зменшився на 61,0% (p=0,0001). Тоді як показники середнього рівня життя збільшилися на 66,6 (p=0,0001).

Таблиця 4.8

Розподіл пацієнтів групи F21 в залежності від оцінки якості життя та типології ОКС, до та після лікування (за шкалою ОЯЖ)

Рівень життя	Типи ОКС у групі F21						
	Т-незавершеності n=0	Т-уникнення n=21		Т-амбівалентності n=30		Т-накопичення n=18	
		до	до	після	до	після	до
Дуже високий	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Високий	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Середній	0 (0%)	13 (61,9%)	16 (76,2%)	15 (50%)	17 (56,7%)	10 (55,6%)	10 (55,6%)
Низький	0 (0%)	7 (33,3%)	5 (23,8%)	14 (46,7%)	13 (43,3%)	7 (38,9%)	8 (44,4%)
Вкрай низький	0 (0%)	1 (4,8%)	0 (0%)	1 (3,3%)	0 (0%)	1 (5,5%)	0 (0%)

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Згідно даних таблиці 4.8 статистично достовірних змін зі сторони жодного показника немає. Це пояснюється в, першу чергу, суб'єктивною оцінкою свого стану пацієнтів з ШТР з домінантною ОК-симптоматикою за шкалою оцінки якості життя через призму зниженої критики. Після проведеної ПКЛ: ПфТ та ПсТ покращується критика і оцінка власного стану.

Таким чином, для пацієнтів з Т-уникнення після лікування показник середньої оцінки якості життя мав тенденцію до збільшення у 76,2% та зменшення показника низького рівня якості життя у 23,8%; з Т-амбівалентності – середній рівень життя у 56,7% та низького рівня життя у зменшився до 43,3%. Для хворих з Т-накопичення показники практично не змінилися, що швидше свідчить про суб'єктивну оцінку свого стану та недостатнім рівнем критики та в подальшому буде визначати рекомендації, в комбінованій терапії для даної групи пацієнтів з виявленою типологією ОКС. Позитивну ефективність запропонованої лікувальної програми визначає той факт, що повністю зникає показник оцінки якості життя як вкрай низький по всіх трьох типах ОКС.

З наведених даних таблиці 4.9 у пацієнтів з Т-незавершеності після проведеної терапії статистично достовірно змінилися показники виду соціальної підтримки, а саме сім'ї – в бік зменшення на 34,7% ($p=0,001$) та збільшення показника соціальної підтримки зі сторони колег по роботі на 20,4% ($p=0,012$). З Т-уникнення зменшився тільки показник соціальної підтримки зі сторони сім'ї на 42,3% ($p=0,002$).

У пацієнтів з Т-амбівалентності показники соціальної підтримки достовірно зменшилися зі сторони сім'ї на 47,6% ($p=0,002$) та зі сторони значимих інших – на 23,9% ($p=0,035$). Тоді як достовірно збільшився показник соціальної підтримки зі сторони колег по роботі на 23,8% ($p=0,017$). Таким чином, можна зробити висновок, що пацієнти з ОКР після ПКЛ почали збільшували коло свого спілкування, виходити із зони комфорту, який полягав виключно в довірі на рівні сім'ї.

Таблиця 4.9

Розподіл пацієнтів групи F42 в залежності від варіантів соціальної підтримки та типології ОКС, до та після лікування (за шкалою MSPSS)

Варіанти соціальної підтримки	Типи ОКС у групі F42						
	Т-незавершеності n=49		Т-уникнення n=26		Т-амбівалентності n=21		Т-накопичення n=0
	до	після	до	після	до	після	до
Сім'я	32 (65,3%)	15 (30,6%)*	18 (69,2%)	7 (26,9%)*	16 (76,2%)	6 (28,6%)*	0 (0%)
Колеги по роботі	5 (10,2%)	15 (30,6%)*	1 (3,8%)	5 (19,2%)	0 (0%)	5 (23,8%)*	0 (0%)
Друзі	22 (44,9%)	15 (30,6%)	3 (11,5%)	5 (19,2%)	1 (4,8%)	4 (19%)	0 (0%)
Значимі інші	2 (4,1%)	2 (4,1%)	7 (26,9%)	6 (23,1%)	9 (42,9%)	4 (19%)*	0 (0%)
Громадські організації	0 (0%)	2 (4,1%)	3 (11,5%)	5 (19,2%)	1 (4,8%)	2 (9,5%)	0 (0%)

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Досліджуючи показники соціальної підтримки у пацієнтів з ШТР з домінантною ОКС наведених у таблиці 4.10 статистично достовірні зміни виявилися зі сторони показника соціальної підтримки громадських організацій у пацієнтів з Т-уникнення на 28,6% ($p=0,026$) та з Т-амбівалентності – достовірно збільшився на 26,7% (0,006). Для хворих з Т-накопичення зі сторони жодного показника статистично достовірних змін не простежується, проте характерним виявилось підтримка сім'ї у 55,6%.

Таким чином, можна зробити висновок, що в подальших рекомендаціях ПКЛ для даної групи пацієнтів з виявленою типологією ОКС буде визначати важливий акцент в роботі не тільки з пацієнтами групи F21, але й роз'яснювальна робота (раціональна терапія) з членами сімейної системи. Критерієм ефективності ПКЛ буде бажання сепарації пацієнта від сім'ї так і можливість відпустити його.

Таблиця 4.10

Розподіл пацієнтів групи F21 в залежності від варіантів соціальної підтримки та типології ОКС, до та після лікування (за шкалою MSPSS)

Варіанти соціальної підтримки	Типи ОКС у групі F21						
	Т-незавершеності n=0	Т-уникнення n=21		Т-амбівалентності n=30		Т-накопичення n=18	
		до	до	після	до	після	до
Сім'я	0 (0%)	9 (42,9%)	2 (9,5%)*	15 (50%)	9 (30%)	10 (55,6%)	9 (50%)
Колеги по роботі	0 (0%)	2 (9,5%)	2 (9,5%)	1 (3,3%)	2 (6,7%)	0 (0%)	0 (0%)
Друзі	0 (0%)	3 (14,3%)	4 (19,1%)	2 (6,7%)	2 (6,7%)	0 (0%)	0 (0%)
Значимі інші	0 (0%)	5 (23,8%)	5 (23,8%)	11 (36,7%)	11 (36,7%)	7 (38,9%)	7 (38,9%)
Громадські організації	0 (0%)	2 (9,5%)	8 (38,1%)*	1 (3,3%)	9 (30%)*	1 (5,6%)	2 (11,1%)

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Досліджуючи особливості механізмів захисту пацієнтів з ОКР спільним для усіх типів виявилось: витіснення, реактивне утворення (гіперкомпенсація) та раціоналізація (інтелектуалізація). Загальна напруженість захисних механізмів була високою в усіх трьох типах, що дає можливість робити висновки, що ОКР невротичного регістру має є не тільки біологічну, але й психологічну етіологію.

Як видно з наведених даних таблиці 4.11, після проведеного лікування, що включало виключно ПсТ, у пацієнтів з Т-незавершеності статистично достовірно зменшилися показники таких механізмів захисту: витіснення на 75,5% (p=0,0001); регресія на 20,4% (p=0,019); компенсація на 16,3% (p=0,014), як диспозиція психопатії характерна тільки для пацієнтів з цим типом ОКС; реактивне утворення на 49% (p=0,0001); раціоналізація на 44,9% (p=0,0001). Відповідно до цього і достовірно зменшилася загальна напруженість захисних механізмів на 65,3% (p=0,0001), що дає можливість врегулювати

внутрішньоособистісний баланс переходу несвідомих емоційних переживань у свідомі.

Таблиця 4.11

Розподіл пацієнтів групи F42 в залежності від механізмів психологічного захисту та типології ОКС, до та після лікування (за шкалою ІЖС)

Механізми психологічного захисту	Типи ОКС у групі F42						
	Т-незавершеності n=49		Т-уникнення n=26		Т-амбівалентності n=21		Т-накопичення n=0
	до	після	до	після	до	після	до
Витіснення	39 (79,6%)	2 (4,1%) ***	20 (76,9%)	3 (11,5%) ***	13 (61,9%)	3 (14,3%) ***	0 (0%)
Регресія	17 (34,7%)	7 (14,3%)*	11 (42,3%)	4 (15,4%)*	6 (28,6%)	1 (4,8%)*	0 (0%)
Заміщення	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,8%)	0 (0%)	4 (19%)	0 (0%)*	0 (0%)
Заперечення	1 (2%)	0 (0%)	3 (11,5%)	0 (0%)	4 (19%)	1 (4,8%)	0 (0%)
Проекція	7 (14,3%)	5 (10,2%)	7 (26,9%)	4 (15,4%)	6 (28,6%)	4 (19%)	0 (0%)
Компенсація	10 (20,4%)	2 (4,1%)*	4 (15,4%)	1 (3,8%)	2 (9,5%)	1 (4,8%)	0 (0%)
Реактивне утворення (гіперкомпенсація)	39 (79,6%)	15 (30,6%) ***	18 (69,2%)	7 (26,9%) **	9 (42,9%)	4 (14,3%)*	0 (0%)
Раціоналізація (інтелектуалізація)	34 (69,4%)	12 (24,5%) ***	11 (42,3%)	3 (11,5%)*	13 (61,9%)	5 (23,8%)*	0 (0%)
Загальна напруженість захисних механізмів	42 (85,7%)	10 (20,4%) ***	18 (69,2%)	8 (30,8%) **	12 (57,1%)	4 (19%)*	0 (0%)

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

У пацієнтів з Т-уникнення, які отримували КомбТ достовірно зменшилися показники наступних механізмів захисту: витіснення на 65,4% (p=0,0001); регресія на 26,9% (p=0,032); реактивне утворення на 42,3%

($p=0,002$); раціоналізація на 30,8% ($p=0,012$). Загальна напруженість захисних механізмів також достовірно зменшилася на 38,4% ($p=0,006$).

Хворі з Т-амбівалентності, які отримували також КомбТ, яка включала ПсТ та ПфТ (з необхідністю прийому АП) так як відмінним від інших типів було виявлення такого механізму захисту як заміщення (параноїдна диспозиція). Після лікування показник достовірно зменшився на 19,0% ($p=0,035$). Щодо інших показників механізмів захисту, статистично достовірно зменшилися: витіснення на 47,6% ($p=0,001$); регресія на 23,8% ($p=0,038$); реактивне утворення на 28,6% ($p=0,04$); раціоналізація на 38,1% ($p=0,013$). Загальна напруженість захисних механізмів також достовірно зменшилася на 38,1% ($p=0,011$).

Таблиця 4.12

Розподіл пацієнтів групи F21 в залежності від механізмів психологічного захисту та типології ОКС, до та після лікування (за шкалою ІЖС)

Механізми психологічного захисту	Типи ОКС у групі F21						
	Т-незавершеності n=0	Т-уникнення n=21		Т-амбівалентності n=30		Т-накопичення n=18	
		до	до	після	до	після	до
Витіснення	0 (0%)	13 (61,9%)	6 (28,6%)*	21 (70%)	11 (36,7%)* **	8 (44,4%)	4 (22,2%)
Регресія	0 (0%)	12 (57,1%)	5 (23,8%)*	21 (70%)	11 (36,7%)* **	7 (38,9%)	4 (22,2%)
Заміщення	0 (0%)	12 (57,1%)	4 (19,0%)*	18 (60%)	9 (30%)*	15 (83,3%)	8 (44,4%)*
Заперечення	0 (0%)	2 (9,5%)	0 (0%)	9 (30%)	5 (16,7%)	7 (38,9%)	3 (16,7%)
Проекція	0 (0%)	3 (14,3%)	3 (14,3%)	6 (20%)	5 (16,7%)	4 (22,2%)	4 (22,2%)
Компенсація	0 (0%)	2 (9,5%)	1 (4,8%)	2 (6,7%)	2 (6,7%)	0 (0%)	0 (0%)

Продовження таблиці 4.12

Реактивне утворення (гіперкомпенсація)	0 (0%)	8 (38,1%)	1 (4,8%)**	14 (46,7%)	6 (20%)*	6 (33,3%)	5 (27,8%)
Раціоналізація (інтелектуалізація)	0 (0%)	5 (23,8%)	4 (19%)	5 (16,7%)	3 (10%)	2 (11,1%)	1 (5,6%)
Загальна напруженість захисних механізмів	0 (0%)	9 (42,9%)	3 (14,3%)*	10 (33,3%)	2 (6,7%)**	2 (11,1%)	2 (11,1%)

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Згідно даних таблиці 4.12, особливості механізмів захисту пацієнтів з ШТР з домінантною ОК-симптоматикою спільним для усіх типів виявилось: заміщення (параноїдна диспозиція), що і визначала в подальшому акценти ПКЛ, а саме призначення АП. Загальна напруженість захисних механізмів була досить високою у пацієнтів з Т-уникнення та Т-амбівалентності, що може піддавалися психотерапевтичному впливу, в той час у хворих з Т-накопичення загальна напруженість захисних механізмів була низькою і статистично не змінилася в ході ПКЛ. У пацієнтів з Т-уникнення статистично достовірно зменшилися показники таких механізмів захисту: витіснення на 33,3% ($p=0,030$); регресія на 33,3% ($p=0,028$); заміщення на 38,1% ($p=0,011$); реактивне утворення на 33,3% ($p=0,008$); достовірно зменшилася і загальна напруженість захисних механізмів на 28,6% ($p=0,040$).

У хворих з Т-амбівалентності достовірно зменшилися показники наступних механізмів захисту: витіснення на 33,3% ($p=0,010$); регресія на 33,3% ($p=0,010$); заміщення на 30,0% ($p=0,020$); реактивне утворення на 26,7% ($p=0,028$). Загальна напруженість захисних механізмів також достовірно зменшилася на 26,6% ($p=0,010$).

Показники механізмів захисту після проведеної ПКЛ, що включала МонТ (ПфТ) у пацієнтів з Т-накопичення достовірно змінився тільки показник заміщення на 38,9% ($p=0,015$). Вивчаючи профіль захисної структури

обстежуваних, можна зробити висновок, що для хворих цього типу характерні також такі механізми захисту як витіснення, що виявлялися у 44,4%, регресія – 38,9% та заперечення – 38,9%, проте достовірно значимих змін після лікування не виявлено.

Вивчаючи стратегії долаючої поведінки у пацієнтів групи F42 було виявлено, що в залежності від типу ОКС хворі використовували ті чи інші копінг-стратегії в можливості співіснування з стресом, що в подальшому і визначило рекомендації в ПКЛ. В даному випадку у хворих присутня критика, а розлад сприймався як виражений дистрес (таблиця 4.13).

Таблиця 4.13

Розподіл пацієнтів групи F42 в залежності від особливості вибору стратегії долаючої поведінки (варіанти копінг-стратегій) та типології ОКС, до та після лікування (за шкалою СДП)

Варіанти копінг-стратегій	Типи ОКС у групі F42						
	Т-незавершеності n=49		Т-уникнення n=26		Т-амбівалентності n=21		Т-накопичення n=0
	до	після	до	після	до	після	до
Конфронтація	1 (2%)	15 (30,6%)* **	1 (3,8%)	10 (38,5%)* **	2 (9,5%)	9 (42,9%)*	0 (0%)
Дистанціювання	32 (65,3%)	10 (20,4%)* **	13 (50%)	4 (15,4%)* **	7 (33,3%)	2 (9,5%)	0 (0%)
Самоконтроль	34 (69,4%)	9 (18,4%)* **	17 (65,4%)	3 (11,5%)* ***	14 (66,7%)	5 (23,8%)* **	0 (0%)
Пошук соціальної підтримки	25 (51%)	12 (24,5%)* *	12 (46,2%)	4 (15,4%)*	6 (28,6%)	2 (9,5%)	0 (0%)
Прийняття відповідальності	29 (59,2%)	44 (89,8%)* **	10 (38,5%)	20 (76,9%)* **	7 (33,3%)	14 (66,7%)*	0 (0%)
Втеча-уникнення	20 (40,8%)	7 (14,3%)* *	12 (46,2%)	5 (19,2%)*	11 (52,4%)	5 (23,8%)	0 (0%)

Продовження таблиці 4.13

Планування вирішення проблем	25 (51%)	15 (30,6%)*	12 (46,2%)	9 (34,6%)	6 (28,6%)	3 (14,3%)	0 (0%)
Позитивна переоцінка	5 (10,2%)	29 (59,2%)* **	1 (3,8%)	13 (50% ***	1 (4,8%)	7 (33,3%)*	0 (0%)

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Згідно даних таблиці, спільним для усіх типів ОКС було використання таких копінг-стратегій як підвищений рівень самоконтролю та недостатній рівень конфронтації, прийняття відповідальності та позитивної переоцінки.

Для пацієнтів з Т-незавершеності після лікування були характерні статистично достовірні зміни в сторону зменшення таких показників копінг-стратегій як: дистанціювання – на 44,9% ($p=0,0001$); самоконтроль – на 51% ($p=0,0001$); пошук соціальної підтримки – на 26,5% ($p=0,007$); втеча-уникнення – на 26,5% ($p=0,003$); планування вирішення проблем – на 20,4% ($p=0,040$). Відповідно показники, які мали тенденцію до збільшення після ПКЛ були: конфронтація – на 28,6% ($p=0,0001$), прийняття відповідальності – на 30,6 ($p=0,001$) та позитивна переоцінка – на 49% ($p=0,0001$).

У хворих з Т-уникнення статистично достовірні зменшилися показники наступних копінг-стратегій: дистанціювання – на 34,6% ($p=0,008$); самоконтроль – на 53,9% ($p=0,0001$); пошук соціальної підтримки – на 30,8% ($p=0,016$); втеча-уникнення – на 27,0% ($p=0,039$). Достовірно збільшилися такі показники: конфронтація – на 34,7% ($p=0,002$), прийняття відповідальності – на 38,4 ($p=0,005$) та позитивна переоцінка – на 46,2% ($p=0,0001$).

У групі пацієнтів F42 з Т-амбівалентності були виявлені наступні статистично достовірні зміни: зменшення рівня самоконтролю на 42,9% ($p=0,005$) та збільшення показників конфронтації на 33,4% ($p=0,014$), прийняття відповідальності на 33,4% ($p=0,031$) та позитивної переоцінки на 28,5% ($p=0,018$).

Таким чином, можна зробити висновок, що використовуючи КомбТ (ПфТ та ПсТ) ми впливаємо на ОКС, але зменшується вплив на психологічні внутрішньоособистісні процеси, що і визначає необхідність продовжувати ПсТ після припинення ПфТ у групі пацієнтів F42 з Т-уникнення та Т-амбівалентності.

Досліджуючи копінг-стратегії у пацієнтів групи F21 було виявлено, що у зв'язку із зниженою критикою ОКС не сприймалися хворими як виражений дистрес для особистості, але необхідно звернути увагу, що в залежності від типу ОКС хворі все ж використовували ті чи інші копінг-стратегії (таблиця 4.14).

Таблиця 4.14

Розподіл пацієнтів у групі F21 у в залежності від особливості вибору стратегії долаючої поведінки (варіанти копінг-стратегій) та типології ОКС, до та після лікування (за шкалою СДП)

Варіанти копінг-стратегій	Типи ОКС у групі F21						
	Т-незавершеності n=0	Т-уникнення n=21		Т-амбівалентності n=30		Т-накопичення n= 18	
	до	до	після	до	після	до	після
Конфронтація	0 (0%)	0 (0%)	2 (9,5%)	1 (3,3%)	5 (16,7%)	0 (0%)	2 (11,1%)
Дистанціювання	0 (0%)	3 (14,3%)	2 (9,5%)	8 (26,7%)	6 (20%)	2 (11,1%)	2 (11,1%)
Самоконтроль	0 (0%)	15 (71,4%)	8 (38,1%)*	26 (86,7%)	15 (50%) **	10 (55,6%)	9 (50%)
Пошук соціальної підтримки	0 (0%)	6 (28,6%)	6 (28,6%)	5 (16,7%)	8 (26,7%)	1 (5,6%)	6 (33,3%)*
Прийняття відповідальності	0 (0%)	2 (9,5%)	9 (42,9%)*	2 (6,7%)	9 (30,0%)*	0 (0%)	2 (11,1%)
Втеча-уникнення	0 (0%)	8 (38,1%)	5 (23,8%)	17 (56,7%)	14 (46,7%)	13 (72,2%)	10 (55,6%)

Продовження таблиці 4.14

Планування вирішення проблем	0 (0%)	5 (23,8%)	6 (28,6%)	5 (16,7%)	6 (20%)	1 (5,6%)	1 (5,6%)
Позитивна переоцінка	0 (0%)	0 (0%)	2 (9,5%)	1 (3,3%)	3 (10%)	0 (0%)	1 (5,6%)

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Після проведеної ПКЛ для пацієнтів з Т-уникнення статистично достовірно зменшився показник самоконтролю на 33,3% ($p=0,030$) та збільшився показник прийняття відповідальності на 33,4% ($p=0,014$). У хворих з Т-амбівалентності статистично достовірно зменшився показник самоконтролю на 36,7% ($p=0,002$) та збільшився показник прийняття відповідальності на 23,3% ($p=0,020$).

У пацієнтів групи F21 з Т-накопичення особливих змін зі сторони вибору стратегії долаючої поведінки не виявлено, окрім статистично достовірного збільшення показника пошуку соціальної підтримки на 27,7% ($p=0,035$). Це являється достатньо хорошим критерієм оцінки ПКЛ, коли пацієнт самостійно приходить на психотерапевтичні сесії та цікавиться ПфТ, без участі членів сімейної системи.

4.2.1 Обґрунтування рекомендацій по оптимізації диференційованих підходів щодо реабілітаційних заходів хворих з ОКС

ПКЛ включає в себе реабілітаційний етап, який спрямований на відновлення психологічної та соціальної адаптації, збільшення тривалості ремісії та профілактику рецидивування ОКС, за допомогою зміщення терапевтичного акценту на підтримку та розвиток внутрішнього психологічного ресурсу, а не на редукцію симптоматики.

Пацієнтам групи F42 та F21 була запропонована ПКЛ протягом шести місяців. Хворим з Т-накопичення групи F21 не проводилася ПсТ, на відміну від інших пацієнтів двох груп, де ПсТ була включена в клінічний етап ПКЛ. Таким

чином, ми провели аналіз редукції ОКС через два роки в групі F21 між пацієнтами які отримували ПсТ та ті, які не отримували ПсТ (таблиця 4.15).

Таблиця 4.15

Катамнестичне двохрічне дослідження пацієнтів групи F21 в залежності від типології ОКС після закінчення ПКЛ (за шкалою Y-BOCS)

Важкість перебігу ОКР	Типи ОКС у групі F21					
	Т-уникнення n=18		Т-амбівалентності n=20		Т-накопичення n=14	
	після ПКЛ	через 2 роки	після ПКЛ	через 2 роки	після ПКЛ	через 2 роки
Легкий	3 (16,7%)	2 (11,1%)	6 (30,0%)	4 (20,0%)	2 (14,3%)	0 (0,0%)
Помірний	11 (61,1%)	12 (66,7%)	9 (45,0%)	9 (45,0%)	7 (50,0%)*	1 (7,1%)*
Тяжкий	4 (22,2%)	3 (16,7%)	4 (20,0%)	5 (25,0%)	4 (28,6%)*	10 (71,4%)*
Вкрай тяжкий	0 (0,0%)	1 (5,6%)	1 (5,0%)	2 (10,0%)	1 (7,1%)	3 (21,4%)

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Катамнестичне дослідження включило 52 пацієнта з ШТР з домінантною ОКС. Як видно з даних таблиці хворі з Т-уникнення та Т-амбівалентності, які отримували КомбТ, обстеживши за шкалою Y-BOCS через два роки виявилися незначні коливання в перебігу важкості ОКР, натомість статистично достовірно змінилися показники важкості перебігу у пацієнтів з Т-накопичення, які були виключно на МонТ (ПфТ), а саме зменшення помірною перебігу важкості ОКР на 42,9% (p=0,018) та збільшення важкого перебігу на 42,8% (p=0,018).

Отже, можна зробити висновок, що реабілітаційні заходи спрямовані на психоосвітню та психотерапевтичну роботу (КБТ та ГшТ) з пацієнтами усіх типів ОКС не залежно від регістру захворювання.

4.3. Розробка алгоритму рецептурного маршруту для пацієнтів з ОКР

Клінічна рецептура включає в себе алгоритм основних діагностичних, терапевтичних та реабілітаційних заходів для пацієнтів з ОКС, в залежності від їх типології.

Таким чином, особи з ОКР потребують мультимодальної програми допомоги, яка б мала змогу впливати на всі складові біопсихосоціального підходу. Незважаючи на те, що ПФТ – один із найважливіших та найбільш ефективніших методів щодо редукції ОКС, але не варто розглядати як єдиний метод допомоги.

Запропоновано алгоритм рецептурного маршруту для пацієнтів з ОКР, що передбачає можливість фахівцям галузі охорони здоров'я, а саме лікарям-психіатрам та психотерапевтам діагностувати типи ОКС, диференційовано підійти до призначення ПФТ, проведення ПсТ та рекомендувати реабілітаційні заходи для пацієнтів з ОКР (таблиця 4.16) та пацієнтів з ШТР з домінантною ОКС (таблиця 4.17).

Таблиця 4.16. Зведена рецептурно-алгоритмічний маршрут пацієнта з ОКР

Діагностика				Лікування	Діагностика		Лікування	Реабілітація	
Тип	Характеристика	Шкали		ПфТ	Шкали		ПсТ		
		Y-BOCS (рівень в балах)	HADS (рівень в балах)		ІЖС (механізми захисту)	СДП (копінг-стратегії)			
			Тривога					Депресія	
Т-незавершеності	Компульсії повторення; симетрії та порядку. Обсесії симетрії та порядку	Легкий (8-15)	Субклінічна (8-10) Синдром (≥11)	-	-	Витіснення Регресія Компенсація Гіперкомпенсація Інтелектуалізація	Самоконтроль Дистанціювання Пошук соціальної підтримки	КБТ 8 сесій ГшТ 16 сесій (робота з подавленою агресією, границями контакту, відповідальністю, емоціями)	ГшТ 1р/тиж. або 1р/2 тиж. протягом 1-2 років
		Помірний (16-23)							
		Тяжкий (24-31)							
		Вкрай тяжкий (32-40)							
Т-уникнення	Компульсії: очищення, перевірки Обсесії: забруднення; іпохондричного; релігійного змісту.	Легкий (8-15)	Субклінічна (8-10) Синдром (≥11)	Субклінічна (8-10)	СІЗЗС (середні терапевтичні дози) ТмЛ (малі терапевтичні дози)	Витіснення Регресія Гіперкомпенсація Інтелектуалізація	Самоконтроль Дистанціювання Втеча-уникнення Пошук соціальної підтримки	КБТ 12 сесій ГшТ 12 сесій (робота з подавленою агресією, границями контакту, відповідальністю, емоціями)	ГшТ+КБТ 1р/тиж. або 1р/2 тиж. протягом 1-2 років
		Помірний (16-23)							
		Тяжкий (24-31)							
		Вкрай тяжкий (32-40)							
Т-амбівалентності	Компульсивні ескорації. Obsесії: агресивного; сексуального; дисморфофобічного змісту	Легкий (8-15)	Субклінічна (8-10) Синдром (≥11)	Субклінічна (8-10) Синдром (≥11)	СІЗЗС (середні та високі терапевтичні дози) ТмЛ (малі терапевтичні дози) АП (малі терапевтичні дози)	Витіснення Регресія Заміщення Гіперкомпенсація Інтелектуалізація	Самоконтроль	КБТ 10 сесій ГшТ 14 сесій (робота з подавленою агресією, границями контакту, відповідальністю, емоціями)	ГшТ+КБТ 1р/тиж. або 1р/2 тиж. протягом 1-2 років
		Помірний (16-23)							
		Тяжкий (24-31)							
		Вкрай тяжкий (32-40)							

Таблиця 4.17. Зведений рецептурно-алгоритмічний маршрут пацієнта з ШТР з домінантною ОКС

Тип	Характеристика	Діагностика			Лікування	Діагностика		Лікування	Реабілітація	
		Шкали				ПфТ	Шкали			
		Y-BOCS (рівень в балах)	HADS (рівень в балах)				ІЖС (механізми захисту)			СДП (копінг-стратегії)
		Тривога	Депресія			ПсТ				
Т-уникнення	Компульсії: очищення, перевірки Обсесії: забруднення; іпохондричного; релігійного змісту.	Легкий (8-15)	Субклінічна (8-10) Синдром (≥11)	Субклінічна (8-10) Синдром (≥11)	СІЗЗС (середні та високі терапевтичні дози) ТМЛ (середні терапевтичні дози) АП (малі терапевтичні дози)	Витіснення Регресія Заміщення Гіперкомпенсація	Самоконтроль	КБТ 20 сесій ГшТ 4 сесій (робота з подавленою агресією, границями контакту, відповідальністю, емоціями)	КБТ+ ГшТ 1р/тиж. або 1р/2 тиж. протягом 1-2 років	
		Помірний (16-23)								
		Тяжкий (24-31)								
		Вкрай тяжкий (32-40)								
Т-амбівалентності	Компульсивні ексцитації. Обсесії: агресивного; сексуального; дисморфофобічного змісту	Легкий (8-15)	Субклінічна (8-10) Синдром (≥11)	Субклінічна (8-10) Синдром (≥11)	СІЗЗС (середні та високі терапевтичні дози) ТМЛ (середні терапевтичні дози) АП (малі терапевтичні дози)	Витіснення Регресія Заміщення Гіперкомпенсація	Самоконтроль	КБТ 20 сесій ГшТ 4 сесій (робота з подавленою агресією, границями контакту, відповідальністю, емоціями)	ГшТ+ КБТ 1р/тиж. або р/2 тиж. протягом 1-2 років	
		Помірний (16-23)								
		Тяжкий (24-31)								
		Вкрай тяжкий (32-40)								
Т-накопичення	Компульсії збирання та колекціонування Обсесії збирання та колекціонування	Легкий (8-15)	Субклінічна (8-10) Синдром (≥11)	Субклінічна (8-10) Синдром (≥11)	ТМЛ (середні терапевтичні дози) АП (середні терапевтичні дози)	Заміщення	Самоконтроль	Рекомендовано: робота з ОКЦ, елементи КБТ починаючи з 12 сесій	1р/2 тиж. протягом 1-2 років (психосвіта, елементи КБТ)	
		Помірний (16-23)								
		Тяжкий (24-31)								
		Вкрай тяжкий (32-40)								

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 4

У четвертому розділі на основі визначення клінічної типології було розроблено ПКЛ хворих в залежності від типології ОКС у пацієнтів з ОКР та з ШтР з домінантною ОКС.

Було визначено три етапи ПКЛ: I – діагностичний, задля визначення типу ОКС; II – клінічний, спрямований на редукцію проявів ОКС за допомогою КомБТ або у вигляді монотерапії МоноТ; III – реабілітаційний, спрямований на відновлення оптимального рівня психологічної, соціальної та трудової адаптації, пацієнта, збільшення періодів ремісії та профілактику рецидивування епізодів ОКС.

Детально вивчено та описано принципи призначення ПфТ у пацієнтів групи F42 та F21, а також особливості застосування ПсТ. Науково обґрунтовані та описані принципи створення алгоритму рецептурного маршруту для пацієнтів з ОКР в залежності від їх типології та вивчена ефективність запропонованої ПКЛ, що в подальшому дасть можливість фахівцям галузі охорони здоров'я, а саме лікарям-психіатрам та психотерапевтам якісно та вчасно реалізувати мультимодальну програму біопсихосоціального підходу до діагностики, лікування та реабілітації пацієнтів з ОКР та з ШтР з домінантною ОКС.

Результати, викладені в цьому розділі, опубліковані в таких наукових працях:

1. Кричун (Челядин) Ю.Я. Оцінка взаємозв'язку важкості перебігу обсесивно- 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*. 2016. Випуск 25. С. 417-422. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).

2. Челядин Ю.Я. Оцінка взаємозв'язку показників упорядкованої поведінки в стресових та проблемних для особистості ситуаціях та важкості протікання obsесивно-компульсивного розладу в умовах медико-соціальної реабілітації та терапії. *Психічне здоров'я*. 2017. Спецвипуск 1(50). С. 59-62. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).

3. Гончар Т.О., Челядин Ю.Я. Роль психотерапії в реабілітації хворих з іпохондричними та obsесивно-компульсивними розладами, які виникли внаслідок перинатальних мозковосудинних уражень. *The 5th International conference "Science and society". Hamilton. Canada. June 15, 2018*. Р. 381-388. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).

4. 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*. 2018. Vol. 12. No.1. Р. 8-16. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті)

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

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 ОКР, що відповідав критеріям ОКР та ШтР з ОКР.

Для уникнення похибок, пов'язаних з некоректною оцінкою психічного стану, з дослідження були виключені хворі з захворюванням нервової системи, пацієнти з узаалеженою 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 ОКР при різних нозологіях і клініко-типологічних підгруп задля оцінювання результатів застосування ПКЛ до- та після- лікування.

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 ОКР, яку позначили як групу F21.

Вивчення особливостей симптоматики ОКС проводилось за допомогою: шкали Y-BOCS, що дозволило оцінити важкість перебігу ОКР; шкал: HADS; ОЯЖ, MSPSS; опитувальника ДжС, методики СДП. Отримані дані патопсихологічного дослідження, згідно з вище названими опитувальниками, порівнювалися в групах F42 та F21 на день першого обстеження.

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 регістрах 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.

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 ($r=0,637$), obsesії симетрії та порядку ($r=0,526$). Т-уникнення виявляв найбільш вагомий зв'язок з наступними симптомами (в ранговому порядку): компульсивні перевірки ($r=0,802$), obsesії забруднення ($r=0,781$), obsesії релігійного змісту ($r=0,646$), obsesії іпохондричного змісту ($r=0,589$) та компульсії очищення ($r=0,511$). Для Т-амбівалентності характерним був сильний кореляційний зв'язок з наявністю obsesій сексуального змісту ($r=0,814$), obsesії дисморфобічного змісту ($r=0,813$) та агресивних думок ($r=0,686$). Дещо менш вагомим для цієї групи, проте також значимим є симптом компульсивних невротичних ексцорацій ($r=0,532$). 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. 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 ($r=0,874$), обсесії забруднення ($r=0,692$), обсесії релігійного змісту ($r=0,514$), обсесії іпохондричного змісту ($r=0,581$) та компульсії очищення ($r=0,569$). Для Т-амбівалентності був характерний сильний кореляційний зв'язок з наявністю обсесії сексуального змісту ($r=0,721$), обсесії дисморфофобічного змісту ($r=0,753$), агресивних думок ($r=0,735$) та симптомів компульсивних невротичних екскоріацій ($r=0,534$). Для Т-накопичення найбільшу вагу мали симптоми компульсії збирання і колекціонування ($r=0,750$) та інші обсесії ($r=0,797$).

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. 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 (КБТ та/або 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.

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 – розршення підсвідомого переходу будь-якого зовнішнього стимулу до obsesивних 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 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.

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. Катанестичне 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. Алгоритм 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.

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 реєстру 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 атипичних

АП та ТмЛ. Натомість для редукції ОКС у пацієнтів групи F21 обов'язковим було призначення атипівих 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 obsесивно-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, obsесії симетрії та порядку. Т-уникнення: компульсивні перевірки, obsесії забруднення, obsесії релігійного змісту, компульсії очищення та obsесії іпохондричного змісту. Т-амбівалентності: агресивні думки, obsесій сексуального змісту та obsесій дисморфобічного змісту. Т-накопичення: компульсії збирання та колекціонування та obsесії збирання та колекціонування.

3. Пацієнти з ОКР та ШТР потребують лікування за ПКЛ. Важливим в обґрунтуванні ПКЛ виявилось переважання вираженості симптомів компульсій над obsесіями в Т-незавершеності, врівноваження симптомів в Т-уникнення та Т-амбівалентності та зміщення вираженості інтенсивності симптомів obsесій 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.

ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Костюченко С. Лечение пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством. *HeïpoNews*. 2013. №7 (52). С. 46-51.
2. Романчук О. І. Когнітивно-поведінкова модель розуміння та терапії обсесивно-компульсивного розладу. *HeïpoNews*. 2011. №8 (35). С. 30-37.
3. Clark D. A.; Radomsky A. Introduction: A global perspective on unwanted thoughts. *Journal of Obsessive-Compulsive and related Disorders*. 2014. Vol. 3(3). P. 265-268.
4. Amir N.; Freshman M. & Foa, E. B. Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*. 2000. Vol. 14. P. 209-217.
5. Hollander, E.; Stein, D.; Know, J. H.; Rowland, C.; Wong, C. M.; Broatch, J. Psychosocial function and economic costs of obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectrums*. 1997. 2. P. 16.
6. Hollander, E.; Know, J.H.; Stein, D.J.; Broatch, J.; Rowland, T.; Himelein, C.A. Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. *J Clin Psychiatry*. 1996. Vol. 57(supl 8). P. 3-6.
7. Torres, A. R., Lima, M. C. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2005. Vol. 27 (3). P. 49-61.
8. Fontenelle L.F, Telles L.L., Nazar B.P., De Menezes G.B. [et al.]. Trans-cultural aspects of social anxiety disorder and related conditions: A Brazilian caseseries and a review of international clinical studies. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2006. Vol. 55, (3). P. 112-138.
9. Марценковський І. А., Дубовик К. В. Обсесивно-компульсивні розлади в педіатричній практиці. *HeïpoNEWS*. 2017. № 6. С. 42-49.
10. Rasmussen S. A, Eisen J. L. The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 1993. Vol. 15. P. 743-758.
11. Abramovitch A., Abramowitz J.S., Mittelman A. The neuropsychology of adult obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2013. Vol. 33(8). P. 1163-1171.

12. Sherbourne C. D., Wells K.B., Meredith L.S. [et al.]. Comorbid anxiety disorder and the functioning and well-being of chronically ill patients of general medical providers. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1996. Vol. 53. P. 889-895.
13. Марута Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні. *HejpoNews*. 2010. № 5 (24). С. 83-90.
14. Сыропятов О., Дзеружинская Н. *Психотерапия. Теория и практика*. 2012. С. 303-448.
15. Bustillo J., Lauriello J., Horan W., Keith S. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *Am J Psychiatry*. 2001. Vol. 158(2). P. 163-75.
16. Ciompi L. The philosophy of social psychiatry. *Social Psychiatry*. 1995. Vol. 2. P. 23-28.
17. Ciompi L. What could be the future of social psychiatry? Lecture at the International Congress on "The State of the Art in Psychiatry". *Basel, Switzerland*. 1997. June 19-21.
18. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Сторожакова Я. А. *Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии*. 2004. С. 279-492.
19. Гурович И. Я., Ньюфельдт О. Г. *Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи*. 2007. С. 134-355.
20. Коростій В. І., Кожина Г. М. Можливості досягнення стійкої ремісії при лікуванні тривожно-депресивних розладів, коморбідних психосоматичним захворюванням. *Діагностика та лікування психічних розладів*. 2011. 19: 3 (68). С. 42-45.
21. Краснов В. Н., Гурович И. Я., Мосолов С. Н., Шмуклер А. Б. *Психиатрическая помощь больным шизофренией: Клиническое руководство*. 2007. 260 с.
22. Hemsley D., Murray R. M. Commentary: Psychological and social treatments for schizophrenia: Not just old remedies in new bottles. *Schizophr. Bull* 2000. Vol. 26. N 1. P. 145-151.
23. Muris P., Merckelbach H., Clavan M. Abnormal and normal compulsions. *Behaviour Research and Therapy*. 1997. Vol. 35(3). P. 249-52.

24. Aardema F., O'Connor K. The menace within: obsessions and the self. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2007. Vol. 21. P.182-197.
25. Каннабих Ю. В. *История психиатрии*. 2014. С. 559.
26. *History. Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2012. Режим доступу: <http://ocd.stanford.edu/treatment/history.html>.
27. Свядош А. М. *Неврозы (руководство для врачей)*. 1997. С. 48-69.
28. Суханов С. А. Тревожно-мнительный характер. *Семиотика и диагностика душевных болезней (в связи с уходом за больными и лечением их)*. Часть II. 1905. С. 91-144.
29. Jenike M., Baer L., Minichiello W. *Obsessive Compulsive Disorders: Theory and Management. Chicago: Year Book Medical. Littleton, MA: PSG Publishing*. 1986. P. 249-282.
30. Крепелин Э. *Введение в психиатрическую клинику: пер. с нем. – 3-е изд.* 2009. С. 332-356.
31. Мироненко О. І., Долішня Н. І., Мироненко Д. О. Обсесивно-компульсивний розлад, синдром і особистість. *НейроNEWS*. 2012. № 2(37). С.17-21.
32. Смулевич А. Б. *Психопатология личности и коморбидных расстройств*. 2009. С. 203.
33. Мосолов С.Н. Клинические рекомендации по терапии обсессивно-компульсивного расстройства (проект). *Терапия психических расстройств*. 2006. №1. С. 49-58.
34. Rasmussen S. A., Eisen J. L. The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1994. Vol.55. P. 5-10.
35. Sherbourne C.D., Jackson C.A., Meredith L.S., Camp P., Wells K.B. Prevalence of comorbid anxiety disorders in primary care. *Arch Fam Med*. 1996. Vol. 5(1). P. 27-34.
36. Тиганов А.С. *Руководство по психиатрии в 2 томах*. 1999. С. 289-399.

Додано примітку [H2]:

37. Мишиев, В. Д., Демченко В. А., Качура А. В. Распространенность, диагностика и лечение психических расстройств в общесоматической сети. *Лікарська справа*. 2003. № 7. С. 82-87.
38. Rasmussen S.A., Eisen J.L. The epidemiology and clinical features of OCD. *Psychiat. Clin. N. Am.* 1992. Vol. 15. P. 743-758.
39. Rasmussen S.A., Tsuang T.M. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: A review. *J Clin Psychiatry*. 1984. Vol. 45. P. 450-457.
40. Weissman M.M., Bland R.C., Canino G.J., Greenwald S., Hwu H.G., Lee C.K., Newman S.C., Oakley-Browne M.A., Rubio-Stipec M., Wickramaratne P.J. The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1994. Vol. 55. P. 5-10.
41. Волошин П. В., Марута Н. О. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди. *Український вісник психоневрології*. 2015. № 23, 1 (82). С. 5-11.
42. Berman I., Kalinowski A., Berman S. M. [et al.]. Obsessive and compulsive symptoms in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 1995. Vol. 36. P.6-10.
43. Dowling F. G., Pato M. T., Pato C. N. Comorbidity of obsessive-compulsive and psychotic symptoms: a review. *Harv Rev Psychiatry*. 1995. Vol.3. P.75-83.
44. Fenton W. S., McGlashan T. H. The prognostic significance of obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1986. Vol. 143. P. 437-441.
45. Hwang M. Y., Opler L. A. Schizophrenia with obsessive-compulsive features: assessment and treatment. *Psychiatric Annals*. 1994. Vol. 24. P. 468-472.
46. Zohar J. Is there room for a new diagnostic subtype – the schizoobsessive subtype. *CNS Spectrums*. 1997. Vol. 2(3). P. 49-50.
47. Insel T. R., Akiskal H. S. OCD with psychotic features: a phenomenologic analysis. *Am J Psychiatry*. 1986. Vol. 143. P. 1527-1533.

48. Samuels J., Nestadt G., Wolyniec P. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia. *Schizophr Res.* 1993. Vol. 9. P. 139.
49. Zohar J., Kaplan Z., Benjamin J. Clomipramine treatment of obsessive-compulsive symptomatology in schizophrenic patients. *J Clin Psychiatry.* 1993. Vol. 54. P. 385-388.
50. Rodriguez C. I., Corcoran C., Simpson H. B. Diagnosis and treatment of a patient with both psychotic and obsessive-compulsive symptoms. *Am J Psychiatry.* 2010. Vol. 167. P. 754-761.
51. Poyurovsky M. Schizo-obsessive disorder. *Cambridge university press.* NY. 2013. P. 236.
52. Baxter L. R., Schwartz J.M., Bergman R.S. Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for OCD. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1992. Vol. 49. P. 681-689.
53. Gross R., Sasson Y., Chopra M., Zohar J. Biological models of OCD. *Obsessive-Compulsive Disorder: Theory, reseach and treatment. New York: Guilford Press.* 1998. P. 141-153.
54. Гречко Т.Ю. Современные патогенетические подходы к терапии обсессивно-компульсивного расстройства (обзор литературы). *Прикладные информационные аспекты медицины.* 2008. № 11. С. 21-24.
55. Марута, Н. А., Колядко С. П., Воробьева Т. М. Концепция универсальной роли пароксизмального мозга в механизмах переходных состояний при невротических расстройствах. *Вісник психіатрії та психофармакотерапії.* 2006. № 1 (9). С. 10-13.
56. Капилетти С.Г., Цукарзи Э.Э., Мосолов С.Н. Монотерапия транскраниальной магнитной стимуляцией депрессивных и обсессивно-компульсивных состояний. *Новые достижения в терапии психических заболеваний.* 2002. С. 593-605.
57. Alonso P., Pujol J., Cardoner N., Benlloch L., Deus J., Menchón J.M., Capdevila A., Vallejo J. Right prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation

in obsessive-compulsive disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *Am.J. Psychiatry*. 2001. Vol. 158 (7). P. 1143-1145.

58. Greenberg B.D., George M.S., Martin J.D., Benjamin J., Schlaepfer T.E., Altemus M., Wassermann E.M., Post R.M., Murphy D.L. Effect of prefrontal repetitive transcranial magnetic stimulation in obsessive-compulsive disorder. *Amer. J. Psychiatry*. 2001. Vol. 154 (6). P. 867-869.

59. Jenike M.A. Neurosurgical treatment of obsessive-compulsive disorder. *Br. J. Psychiatry Suppl*. 1998. Vol. 35. P. 79-90.

60. Maletzky B., McFarland B., Burt A. Refractory obsessive compulsive disorder and ECT. *Convuls Ther*. 1994. Vol. 10 (1). P. 34-42.

61. Mindus P., Jenike M.A. Neurosurgical treatment of malignant obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Clin North Am*. 1992. Vol. 15. P. 921-938.

62. Kobak K.A., Greist J.H., Jeffersson J.W. Behavioral versus pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Psychopharmacology* 1998. Vol. 136. P. 205-216.

63. Zohar J., Insel T.R. Obsessive compulsive disorder: psychological approaches to diagnosis, treatment and pathophysiology. *Biol. Psychiatry*. 1987. Vol. 22. P. 667-687.

64. Bandelow B., Zohar J., Hollander E., Kasper S., Möller H.J. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders - first revision. *World J Biol Psychiatry*. 2008. Vol. 9(4). P. 248-312.

65. Клінічний протокол надання медичної допомоги пацієнтам, хворим на обсесивно-компульсивний розлад (F 40-48). *Наказ МОЗ України № 59 від 05.02.2007*. Режим доступу: <https://neuronews.com.ua/ua/issue-article-16/Klinichni-protokoli-nadannya-medichnoyi-dopomogi-doroslim-pacientam-yaki-strazhdayutna-psiichni-rozladi#gsc.tab=0>

66. *Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment*. NICE, 2005.

Режим доступа: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG31/chapter/1-Guidance#step-6-intensive-treatment-and-inpatient-services-for-people-with-ocd-or-bdd>

67. Koran L, Simpson H. APA Practice Guidelines. American Psychiatric Publishing, Inc; 2013. Guideline Watch. *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder*. 2013. Режим доступа: https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/ocd-watch.pdf.

68. Марута, Н. А., Данилова М. В. *Современные агорафобии: клиника, диагностика, терапия: монография*. 2006. С. 176.

69. Beaumont G. Clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *J. Int. Med. Res.* 1973. Vol. 1. P. 423-424.

70. Escobar H., Landbloom R. Treatment of phobic neurosis with Clomipramine: A controlled clinical trial. *Curr. Ther. Res.* 1976. V. 20. P. 680-685.

71. Katz R.J., DeVeauh-Geiss J., Landau P. Clomipramine in obsessive-compulsive disorder. *Biol. Psychiat.* 1990. V. 28. P. 401-414.

72. Lopes-Ibor J.J. Intravenous perfusion of monochlorimipramine. *The present status of psychotropic drugs. Cerletti A. Bove F.J. (Eds.)*. 1969. P. 519-523.

73. Ananth J., Pecknold J., Van der Steen N. [et al.]. Double-blind comparative study of Clomipramine and Amitriptyline in obsessive neurosis. *Neuropsychopharmacology*. 1981. № 5. P. 257-264.

74. Jenike M.A. [et al.]. Somatic treatment of obsessive-compulsive disorder. Theory and management. *Year book medical publishers. Chicago*. 1989. P.77-122.

75. Marks I.M., Hodgson R., Rachman S. Treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis by in-vivo exposure. A 2-year follow up and issues in treatment. *Br. J. Psychiatry*. 1975. V. 127. P. 294-364.

76. Abramowitz J.S. Effectiveness of psychological and pharmacological treatment for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. *Clin. Psychol.* 1997. V. 65. P. 44-52.

77. Greist J., Jefferson J.W., Kodak K.A. [et al.]. Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors in treatment of obsessive-compulsive disorder. A meta-analysis. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1995. V. 52. P. 53-60.
78. Janicak Ph. G., Davis J.M., Preskorn S.H., Ayd F. J. Principles and practice of psychopharmacology. *Wilkins, 2nd ed.* 1997. P. 78-132.
79. Piccinelli M., Pini S., Bellanthono C., Wilkinson G. Efficacy of drug treatment in obsessive-compulsive disorder. A meta-analysis review. *Br. J. Psychiatry*. 1995. V. 166. P. 424-443.
80. Stein D., Spadaccini E., Hollander E. Meta-analysis of pharmacotherapy trials for obsessive compulsive disorder. *Int. Clin. Psychopharmacology*. 1995. V.10. P. 11-18.
81. Марута, Н. О., Панько Т. В. Особливості діагностики та терапії тривожних розладів невротичного та органічного генезу. *Український вісник психоневрології*. 2013. Том 21, вип. 1 (74). С. 75-83.
82. Граненов Г.М., Мосолов С.Н. Применение антидепрессантов различных групп при терапии обсессивно-компульсивных расстройств. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2003. № 7. С. 70-74.
83. Jenike M.A., Hyman S., Baer L. [et al.]. A controlled trial of fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: Implications for a serotonergic theory. *Amer. J. Psychiatry*. 1990. V. 147. P. 1209-1215.
84. Mundo E., Maina G., Vslenghi C. Multicenter, double-blind, comparison of fluvoxamine and clomipramine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 2000. V.15. P. 69-76.
85. Tamimi R.R., Mavissakalian M.R., Jones B. [et al.]. Clomipramine versus Fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder. *Ann. Clin. Psychiatry*. 1991. № 3. P. 275-279.
86. Jenike M.A., Baer L., Minichiello W.E. [et al.]. Placebo-controlled trial of fluoxetine and phenelzine for obsessive-compulsive disorder. *Am. J. Psychiatry*. 1997. V. 154. P. 1261-1264.

87. Tollefson G.D., Rampey A.H., Potvin J.H. [et al.]. A multicenter investigation of fixed-dose fluoxetine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1994. V. 51. P. 559-567.
88. Bisslerbe J.C., Lane R.M., Flament M. [et al.]. A double-blind comparison of sertraline and clomipramine in outpatients with obsessive-compulsive disorder. *Eur. Psychiatry*. 1997. V. 12. P. 82-93.
89. Hoehn-Saric R., Ninan P., Black D.W. [et al.]. Multicenter double-blind comparison of sertraline and desipramine for concurrent obsessive-compulsive and major depressive disorders. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2000. V.57. P. 76-82.
90. Kronig M.H., Apter J., Asnis G. [et al.]. Placebo controlled multicenter study of sertraline treatment for obsessive-compulsive disorder. *J. Clin. Psychopharmacol.* 1999. V.19. P. 172-176.
91. Steiner M., Bushnell W.D., Gerdel I., Wheaton D.E. Long-term treatment and prevention of relapse of obsessive-compulsive disorder with paroxetine. *Presented at the APA meeting. Miami, Florida, May, 1995.*
92. Wheaton D.E., Bushnell W.D., Steiner M. A fixed dose comparison of 20, 40 or 60 mg paroxetine to placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Presented at the 32th Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology, December, 1995.*
93. Zohar J., Judge R. Paroxetine versus clomipramine. *Presented at the Association of European Psychiatry meeting. Copenhagen, 1994.*
94. Marazziti D., Dell'Osso L., Gemignani A. [et al.]. Citalopram in refractory treatment of obsessive-compulsive disorder: an open study. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 2001. V. 16. P. 215-219.
95. Montgomery S.A., Kasper S., Stein D.J. [et al.]. Citalopram 20 mg, 40 mg and 60 mg are all effective and well tolerated compared with placebo in obsessive-compulsive disorder. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 2001. V. 6. № 1. P. 75-86.

96. Stein D.J., Maud C.M., Bouwer C. Use of serotonin selective reuptake inhibitor citalopram in obsessive-compulsive disorder. *J.Serotonin Res.* 1996. № 1. P. 29-33.
97. Jefferson J.W., Altemus M., Gest J.H. [et al.]. An algorithm for the pharmacologic treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychopharm. Bull.* 1996. V. 31. P. 487-490.
98. Смулевич А.Б. *Малопрогредиентная шизофрения и пограничные состояния.* 1987, С. 240.
99. Zohar J., Kasper S., Stein D. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *Decision making in psychopharmacology. Martin Dunitz, London, 2002.* P. 69-81.
100. Montgomery S.A. Long-term management of obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol.* 1997. V. 11. P. 23-30.
101. Rasmussen S.A., Hackett E., DuBoff E. [et al.]. A 2-year study of sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Int. Clin. Psychopharmacol.* 1997. V. 12. P. 309-316.
102. Александровский, Ю. А. Проблемы специфичности непсихотических психических расстройств: клинико-психопатологический и клинико-фармакологический анализ. *Российский психиатрический журнал.* 2008. № 5. С. 28-39.
103. Poyurovsky M. Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: clinical characterization and treatment. *Clinical obsessive-compulsive disorders in adults and children. Cambridge Univ Press.* 2011. P. 71-91.
104. Ястребов Д. В. Терапия обсессивных и тревожных расстройств у больных с непсихотическими формами шизофрении. *Психиатрия и психофармакотерапия.* 2011. Т.13. P. 38-47.
105. Glick I. D., Poyurovsky M., Ivanova O., Koran L. M. Aripiprazole in schizophrenia patients with comorbid obsessive-compulsive symptoms. *J Clin Psychiatry.* 2008. V.69. P.1856-1859.

106. Van Nimwegen L., de Haan L., van Beveren N. [et al.]. Obsessive-compulsive symptoms in a randomized, double-blind study with olanzapine or risperidone in young patients with early psychosis. *J Clin Psychopharmacol.* 2008. V. 28. P. 214-218.
107. Muscatello M.R., Bruno A., Pandolfo G., Micò U., Scimeca G., Romeo V.M., Santoro V., Settineri S., Spina E., Zoccali R.A. Effect of aripiprazole augmentation of serotonin reuptake inhibitors or clomipramine in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol.* 2011. Vol. 31(2). P. 174-9.
108. Koran L.M., Aboujaoude E., Gamel N.N. Double-blind study of dextroamphetamine versus caffeine augmentation for treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 2009. Vol. 70(11). P. 1530-1535.
109. Pittenger C., Bloch M.H., Williams K. Glutamate abnormalities in obsessive compulsive disorder: neurobiology, pathophysiology, and treatment. *Pharmacol Ther.* 2011. Vol. 132(3). P.314-32.
110. Wu K., Hanna G.L., Rosenberg D.R., Arnold P.D. The role of glutamate signaling in the pathogenesis and treatment of obsessive-compulsive disorder. *Pharmacol Biochem Behav.* 2012. Vol. 100(4). P. 726-735.
111. Bruno A., Micò U., Pandolfo G., Mallamace D., Abenavoli E., Di Nardo F., D'Arrigo C., Spina E., Zoccali R.A., Muscatello M.R. Lamotrigine augmentation of serotonin reuptake inhibitors in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *J Psychopharmacol.* 2012 Vol. 26(11). P.1456-1462.
112. Марута Н. О., Колядко С.П. Пароксизмальні стани при невротичних розладах (клініко-психопатологічна структура та принципи терапії). *Український вісник психоневрології.* 2013. Том 21, вип. 3 (76). С. 7-12.
113. Гебзаттель В. Е. Мир компульсивного. *Экзистенциальная психология.* 2001. С. 305.
114. Третьяк Л.Л. *Гештальт-подход в терапии обсессивных расстройств.* Режим доступу: <http://www.gestalt.lv>.

115. Михайлов, Б. В. Боро М. П., Краузе Р. *Психодинамическая психотерапия: клиническое руководство с основами современных направлений психотерапии*. 2009. С. 422.
116. Edna B. Foa Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010. Vol. 12(2). P. 199-207.
117. Shimizu E. Definition of treatment-refractory obsessive-compulsive disorder based on cognitive behavioral therapy. *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2013. Vol. 115(9). P. 975-980.
118. Woon L.S., Kanapathy A., Zakaria H., Alfonso C.A. An Integrative Approach to Treatment-Resistant Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychodyn Psychiatry*. 2017. Vol. 45(2). P. 237-257.
119. Pietrabissa G., Manzoni G. M., Gibson P., Boardman D., Gori A., Castelnovo G. Brief strategic therapy for obsessive-compulsive disorder: a clinical and research protocol of a one-group observational study. *Published online BMJ Open*. 2016. Vol. 24.
120. Sutoh C., Matsuzawa D., Hirano Y. Et al. Transient contribution of left posterior parietal cortex to cognitive restructuring. *Published online Sci Rep*. 2015. Vol. 17.
121. Перлз. Ф. *Эго, голод и агрессия*, под ред. Д.Н. Хломова М. 2010. С.358.
122. Перлз Ф. *Практика гештальт-терапии*, пер. с нем. М. Папуша. 2008. С. 389.
123. Мак-Вильямс Н. *Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе*, под ред. М.Н. Глушенко. 2011. С.480.
124. Табачников А. Е., Абдрахимова Ц. Б.. Гештальт-терапия. Лекция вторая. *Архів психіатрії*. 2011. Т. 17, № 1. С. 105-108.
125. Чубко О.Б., Романченко Л.В. Роль та місце психосоціальної реабілітації в системі психіатричної допомоги. *Психоневрологія и нейропсихіатрія*. 2012. №3. С. 69-72.

126. Энтони В., Коэн М., Фаркас М. *Психиатрическая реабилитация*. 2001. С. 318.
127. Leitner I., Dasgow J. Battling recidivism. *Journal of Rehabilitation*. 1972. July/August. P. 29-31.
128. Strauss J.S. Discussion: What does rehabilitation accomplish? *Schizophrenia Bulletin*. 1986. Vol. 12. P. 720-723.
129. Wright B.A. Value-laden beliefs and principles for rehabilitation. *Rehabilitation Literature*. 1981. Vol. 42. P. 266-269.
130. Beard J.H., Propst R.N., Malamud T.J. The Fountain House model of psychiatric rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1982. Vol. 5(1). P.47-53.
131. Lamb H.R., Lamb D. Factors contributing to home lessness among the chronically and severely mentally ill. *Hosp. Com. Psychiatry*. 1990. Vol. 41. P. 301-305.
132. Dincin J. A community agency model. The chronic mentally ill. *New York: Human Sciences Press*. 1981. P. 212-226.
133. Mueser K.T., Bond G.R., Drake R.E., Resnick S.G. Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management. *Schizophr. Bull.* 1998. Vol. 24, N 1. P. 37-74.
134. Bachrach L. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients. *Am. J. Psychiatry*. 1992. Vol. 149. P. 1455-1463.
135. Shepherd G. Models of community care. *J. Ment. Health*. 1998. Vol.7, N2. P. 165-177.
136. Antony, M.M.; Roth, D.; Swinson, R.P.; Huta, V.; Devins, G.M. Illness intrusiveness in individuals with panic disorder, obsessive-compulsive disorder, or social phobia. *J Nerv Ment Dis* 186: 311-315, 1998.
137. Bystritsky, A.; Saxena, S.; Maidment, K.; Vapnik, T.; Tarlow, G.; Rosen, R. Quality-of-life changes among patients with obsessive-compulsive disorder in a partial hospitalization program. *Psychiatr Serv*. 1999. Vol. 50(3). P. 412-414.

138. Bobes, J.; González, M.P.; Bascarán, M.T.; Arango, C.; Saiz, P.A.; Bousoño, M.I. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*. 2001. Vol. 16. P. 239-245.
139. Lochner, C.; Mogotsi, M.; du Toit, P.L.; Kaminer, D.; Niehaus, D.J.; Stein, D.J. Quality of life in anxiety disorders: a comparison of obsessive-compulsive disorder, social anxiety disorder, and panic disorder. *Psychopathol*. 2003. Vol. 36. P.255-262.
140. Masellis, M.; Rector, N.A.; Richter, M.A. Quality of life in OCD: differential impact of obsessions, compulsions, and depression comorbidity. *Can J Psychiatry*. 2003. Vol. 48 (2). P. 72- 77.
141. Mendlowicz, M.V.; Stein, M.D. Quality of life in individuals with anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 2000. Vol. 157. P. 669-682.
142. Moritz, S.; Rufer, M.; Fricke, S.; Karow, A.; Morfeld, M.; Jelinek, L., et al. Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. *Compr Psychiatry*. 2005. Vol. 46. P. 453-454
143. Murray, C.J.L.; Lopez, A.D. The global burden of disease. *Harvard University Press, Boston (MA)*.1996.
144. Quilty, L.C.; Van Ameringen, M.; Mancini, C.; Oakman, J.; Farvolden, P. Quality of life and the anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. 2003. Vol. 17. P. 405-426.
145. Rapaport, M.H.; Clary, C.; Fayyad, R.; Endicott, J. Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 2005. Vol. 162. P.1171-1178.
146. Rodriguez-Salgado, B.; Dolengevich-Segal, H.; Arrojo-Romero, M.; Castelli-Candi, P.; Navio-Acosta, M.; Perez-Rodrigues, M.M., [et al.]. Perceived quality of life in obsessive-compulsive disorder: related factors. *BMC Psychiatry*. 2006. Vol. 6. P. 20.
147. Sorensen, C.B.; Kirkeby, L.; Thomsen, P.H. Quality of life with OCD: a self-reported survey among members of the Danish OCD Association. *Nord J Psychiatry*. 2004. Vol. 58(3). P. 231-236.

148. Stein, D.J.; Allen, A.; Bobes, J.; Eisen, J.L.; Figuera, M.L.; Koran, L.M., [et al.]. Quality of life in obsessive-compulsive disorder. *CNS Spectr.* 2000. Vol. 5(6) [supl 4]. P. 37-39.
149. Steketee, G.; Grayson, J.B.; Foa, E.B. A comparison of characteristics of obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *J Anxiety Disord.* 1987. Vol. 1. P. 325-335.
150. Stengler-Wenzke, K.; Trosbach, J.; Dietrich, S.; Angermeyer, M.C. Coping strategies used by the relatives of people with obsessive-compulsive disorder. *J Adv Nurs.* 2004. Vol. 48(1). P. 35-42.
151. Stengler-Wenzke, K.; Kroll, M.; Matschinger, H.; Argermeyer, M.C. Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006. Vol. 1-7.
152. Tenney, N.H.; Denys, D.A.J.P.; van Megen, H.J.G.M.; Glas, G.; Westenberg, H.G.M. Effect of a pharmacological intervention on quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol.* 2003. Vol. 18(1). P. 29-33.
153. Torres, A.R.; Smaira, S.I. Quadro clínico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Bras Psiquiatria.* 2001. Vol. 23(supl II). P. 6-9.
154. Torres, A.R.; Prince, M.J.; Bebbington, P.E.; Bhugra, D.; Brugha, T.S.; Farrell, M., [et al.]. Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Am J Psychiatry.* 2006. Vol. 163(11). P. 1978-1985.
155. Weissman, M.M.; Bland, R.C.; Canino, G.J.; Greenwald, S.; Hwu, H.; Lee, C.K., [et al.]. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry.* 1994. Vol. 55(supl 3). P. 5-10.
156. Бурно М. Е. Дифференцированная терапия обсессивно-компульсивных расстройств. *Консультативная психология и психотерапия.* 2001. № 4. С. 110–131.
157. Невис Э. *Организационное консультирование.* 2002.
158. Гингер С., Гингер А. *Гештальт-терапия контакта.* 1999. 287 с.

159. Перлз Ф., Гудман П., Хефферлин Р. *Практикум по гештальт-терапии*. 2005.
160. Наранхо К. *Гештальт-терапия*. 1995.
161. Малкина-Пых И. Г. *Техники гештальта и когнитивной терапии*. 2004.
162. Полстер И., Полстер М. *Интегрированная гештальт-терапия*. 1997.
163. Wilfley, Denise E.; Kolko, Rachel P.; Kass, Andrea E. Cognitive-Behavioral Therapy for Weight Management and Eating Disorders in Children and Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2011. Vol. 20 (2). P. 271–85.
164. Boileau B. A review of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2011. Vol. 13 (4). P. 401–411.
165. Jessamy, Hibberd; Jo, Usmar *This book will make you happy*. *Quercus*. 2014. Retrieved 15 July 2014.
166. Kaczurkin A.N.; Foa E.B. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience (Review)*. 2015. Vol. 17 (3). P. 337–346.
167. Zhu Z, Zhang L, Jiang J, [et al.]. Comparison of psychological placebo and waiting list control conditions in the assessment of cognitive behavioral therapy for the treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis. *Shanghai Archives of Psychiatry*. 2014. Vol. 26 (6). P. 319–331.
168. Schacter D.L., Gilbert D.T., Wegner D.M. *Psychology*. 2010. P. 600.
169. Brewin C. Theoretical foundations of cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression. *Annual Review of Psychology*. 1996. Vol. 47. P. 33–57.
170. Zisook S., Corruble E., Duan N., Iglewicz A., Karam E. G., Lanouette N., Lebowitz B., Pies R., Reynolds C., Seay K., Katherine Shear M., Simon N., Young I. T. The bereavement exclusion and DSM-5. *Depression and Anxiety*. *Wiley-Blackwell*. 2012. Vol. 29 (5). P. 425–443.

171. Hollander E., Zohar J., Sirovatka P. J. [et al. (eds)]. *Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V*. Arlington: American Psychiatric Association. 2010.
172. Angell M. The Illusions of Psychiatry. *The New York Review of Books*. 2011.
173. Меркин А. Г., Динов Е. Н., Никифоров И. А., Познизовский П. Берлинский конгресс глазами наших молодых коллег. *Независимый психиатрический журнал*. 2013. № IV.
174. Шкала обсессивно-компульсивных расстройств Йеля – Брауна. *Материал Psylab.info - энциклопедии психодиагностики*. Режим доступа: <http://psylab.info>.
175. Госпитальная Шкала тревоги и депрессии (HADS). Режим доступа: <http://klvcrb.ru/attachments/article.pdf>.
176. Чабан О.С. Шкала оцінки рівня якості життя. 2008. Режим доступа: <http://www.health-medix.com/articles/misteztvo/2008-06-15/40-43.pdf>.
177. Многофакторная шкала воспринимаемой социальной поддержки. Режим доступа: <https://www.psychshelves.com/psyttests/mspss>.
178. Методика «Индекс жизненного стиля». *Материал Psylab.info энциклопедии психодиагностики*. Режим доступа: <http://psylab.info>.
179. Лазаруса Р. Методика психологічна діагностика стратегії долаючої поведінки». Режим доступа: [www.academia.edu/3145420/ Диагностика _копинг - стратегий _адаптация _опросника _COPE](http://www.academia.edu/3145420/Диагностика_копинг_стратегий_адаптация_опросника_COPE)
180. Farrar Donald E. and Glauber Robert R. Multicollinearity in Regression Analysis: The Problem Revisited. *The Review of Economics and Statistics*. 2006. Vol. 49(1). P. 92-107.
181. Лоули Д. *Факторный анализ как статистический метод*. 1967. 144 с.
182. Мостеллер Ф., Тьюки Дж. *Анализ данных и регрессия*. 1982. 317 с.
183. Дрейпер Н. Смит Г. *Прикладной регрессионный анализ: в 2 т.* 1986. Т. 1. 366 с.; 1987. Т. 2. 351с.

Додаток А

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Кричун (Челядин) Ю.Я. Медико-соціальна та психологічна модель реабілітації хворих з обсесивно-компульсивним розладом (огляд літератури). *Психічне здоров'я*. 2013. № 4 (41). С. 25-31. (Дисертант приймав участь у формуванні мети дослідження, аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті)
2. Tsintsadze N., Antelava O., Mikeladze T., Tsintsadze N., Krichun Y., Tsivadze N. Anxiety and depressions in patients with pulmonary disorders. *Georgian respiratory journal*. 2014. Vol.10. №2. P. 91-94. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).
3. Кричун (Челядин) Ю.Я. Сучасні патогенетичні підходи до терапії обсесивно-компульсивного розладу. *Психічне здоров'я*. 2014. № 4 (45). С. 39-45. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).
4. Tsintsadze N., Beridze L., Tsintsadze N., Krichun Y., Tsivadze N., Tsintsadze M. Psychosomatic aspects in patients with dermatologic diseases. *Georgian medical news*. 2015. №6 (243). P. 70-75. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).
5. 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. P. 50. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).
6. 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. P. 191-199. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).

7. 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. 2016. Випуск 15. № 281. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).*

8. Кричун (Челядин) Ю.Я. Вивчення соціальних копінг-ресурсів та стратегій терапії в рамках дослідження метасистеми механізмів психологічного захисту та упорядкованої поведінки при obsесивно-компульсивному розладі. *Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції молодих вчених НМАПО ім. П.Л. Шупика, присвяченої дню науки «Науково-практична діяльність молодих вчених медиків: досягнення і перспективи розвитку». 20 травня 2016. С. 83-86. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).*

9. 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. 2016. Випуск 25. С. 417-422. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).*

10. 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. 2016. Vol.10. №2. P. 77-84. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).*

11. Челядин Ю.Я. Оцінка взаємозв'язку показників упорядкованої поведінки в стресових та проблемних для особистості ситуаціях та важкості протікання obsесивно-компульсивного розладу в умовах медико-соціальної реабілітації та терапії. *Психічне здоров'я. 2017. Спецвипуск 1(50). С. 59-62.*

(Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).

12. 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. P. 16-19. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).

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

14. Челядин Ю.Я. Співвідношення психопатологічних особливостей obsесивно-компульсивного розладу із механізмами психологічного захисту у визначенні фокусу психотерапії. *The second international scientific congress of scientists of europe (as part of the II International Scientific Forum of Scientists "East - West" (Austria - Russia - Kazakhstan - Canada - Ukraine - Czech Republic))*. Vienna. Austria. 10-11th May 2018. P. 682-692. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).

15. Гончар Т.О., Челядин Ю.Я. Роль психотерапії в реабілітації хворих з іпохондричними та obsесивно-компульсивними розладами, які виникли внаслідок перинатальних мозковосудинних уражень. *The 5th International conference "Science and society"*. Hamilton. Canada. June 15, 2018. P. 381-388. (Дисертантом особисто проведено аналіз та узагальнення матеріалу, написання і оформлення статті).

16. 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*. Vol. 12. No. 1, 2018. (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 ендогенного 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. 25-27 квітня 2018.
6. Челядин Ю. Диференційований фармако-психотерапевтичний підхід в лікуванні obsесивно-компульсивного розладу з урахуванням реєстру захворювання. *XIX Міжнародний «Тиждень освіти дорослих» в Україні*. Київ. Україна. 11-17 вересня 2018.
7. Челядин Ю.Я. Профілактика obsесивно-компульсивного розладу учасників навчального процесу сучасних ЗВО. *Міжнародної науково-практичної конференції «Психологічні виміри розвитку сучасної освіти України в умовах євроінтеграції» з нагоди 20-річчя кафедри практичної психології*. Тернопіль. Україна. 19-20 жовтня 2018.