ORT Publishing

7th International Scientific Conference

Science progress in European countries:

new concepts and modern solutions

Hosted by the ORT Publishing and

The Center for Scientific Research "Solution"

Conference papers

May 31, 2019

Stuttgart, Germany

7th International Scientific Conference

"Science progress in European countries: new concepts and modern solutions": Papers of the 7th International Scientific Conference. May 31, 2019, Stuttgart, Germany. 436 p.

Edited by **Ludwig Siebenberg**

Technical **Editor: Peter Meyer**

ISBN **978-3-944375-22-9**

Published and printed in Germany by ORT Publishing (Germany) in association with the Center For Scientific Research "Solution" (Ukraine) May 31, 2019.

ORT Publishing

Schwieberdinger Str. 59

70435 Stuttgart, Germany

All rights reserved

© ORT Publishing

© All authors of the current issue

ISBN **978-3-944375-22-9**

43.	ТАРНАВСЬКИЙ О.І., ШУБІН І.Ю. НЕЙРОМЕРЕЖЕВІ МОДЕЛІ ДЛЯ МАРШРУТИЗАЦІЇ ІНФОРМАЦІЙНИХ МЕРЕЖ.	349
44.	ГОНЧАРОВА Н.Н., КОЛЕСНИК В.П., СОМКИНА Е.А., БЕЛОУС О.В., ДЕНИСЕНКО Д.А. СОСТОЯНИЕ ОКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНОГО ГОМЕОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ И РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.	354
45.	ШЕВЧЕНКО І.М., МАЛАХОВА С.М. ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ ДИСЦИПЛІНИ «ПРЕФОРМОВАНІ ФІЗИЧНІ ЧИННИКИ».	362
46.	КАРВАЦЬКА Н.С. КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ ІЗ ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ.	366
47.	КАРВАЦЬКА Н.С. ДЕПРЕСІЯ І ТРИВОГА У ХВОРИХ ГІПОТИРЕОЗОМ ЖІНОК КЛІМАКТЕРИЧНОГО ВІКУ.	373
48.	ЗАВАЦЬКИЙ С.В., ПАВЛЕНКО В.В. МІСТОБУДІВНИЙ РОЗВИТОК ЧЕРНІГОВА В ІСТОРИЧНОМУ АСПЕКТІ.	381
49.	ГАВРИЛЬЦІВ М.Т.,ЛУК'ЯНОВА Г.Ю., ІВАСИК І.Я. МЕХАНІЗМИ ВЗАЄМОДІЇ МІЖ ОРГАНАМИ ПУБЛІЧНОЇ ВЛАДИ УКРАЇНИ НА ТЕРИТОРІАЛЬНОМУ РІВНІ ТА ВТІЛЕННЯ ЗАСАД ДЕЦЕНТРАЛІЗОВАНОГО УПРАВЛІННЯ.	394
50.	ШАЧКОВСЬКА Л.С., ЦІМОХА Р.Р. РОЗВИТОК МІЖНАРОДНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ТРАНСНАЦІОНАЛЬНИХ КОРПОРАЦІЙ У КОНТЕКСТІ ПРАВ ЛЮДИНИ.	406
51.	КОВАЛЕНКО Я.М. СУЧАСНА КОНЦЕПЦІЯ УПРАВЛІНСЬКОГО ОБЛІКУ КРАЇН ЄС ЯК БАЗОВА СКЛАДОВА УПРАВЛІНСЬКОГО ОБЛІКУ ЦЕНТРАЛЬНИХ ОРГАНІВ ВИКОНАВЧОЇ ВЛАДИ УКРАЇНИ.	416
52.	ПАТЯКА О.О., КУКУРУДЗА А.Р., МЕЛЬНИЧУК Н.М. РОЗВИТОК СУЧАСНОЇ МІЛІТАРНОЇ КУЛЬТУРИ В РЕАЛІЯХ НЕЗАЛЕЖНОЇ УКРАЇНИ.	425

КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ ІЗ ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

КАРВАЦЬКА Н.С.

кандидат медичних наук, доцент,

доцент кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

М. Чернівці, Україна

Внаслідок збільшення тривалості періодів емоційної напруги, скорочення періодів позитивних емоційних станів більшість людей у сучасних умовах життя живе в умовах хронічного емоційного стресу, що може бути причиною виникнення невротичних психічних розладів [2, 10]. Особливе місце в наростанні стресу в наш час належить науково-технічному прогресу. Останній характеризується не лише наявністю соціальних благ, а й зростанням негативних явищ: стрімким зростанням темпу життя, інформаційними перевантаженнями, урбанізацією, гіподинамією, монотонією, неправильним харчуванням, необхідністю роботи в екстремальних умовах політичних і техногенних катастроф, зростанням соціальних конфліктів, що зумовлює зростання кількості невротичних, пов'язаних зі стресом розладів [1, 7, 8, 9].

Згідно з даними епідеміологічних досліджень, у середньому 2,5% осіб за життя страждають на обсесивно-компульсивний розлад (ОКР), тобто кожна сорокова людина [1, 2, 3]. Велика поширеність ОКР робить особливо актуальним пошук методів адекватної діагностики, ефективного лікування і профілактики данного розладу. Специфічність симптоматики при даному невротичному розладі – сприйняття людиною нав'язливих думок як ознак своєї «ненормальності», страх, що інші сприймуть її «божевільною», коли довідаються про її думки і дії, викликає у багатьох хворих відчуття сорому, яке змушує їх приховувати симптоми розладу від інших і продовжувати страждати.

З іншого боку, є страх звернутися до психіатра, бо «визнають психічно хворим», хоча він себе не визнає таким.

Психофармакологічний підхід з використанням транквілізаторів, антидепресантів і малих доз нейролептиків вважається загальновизнаним у лікуванні ОКР [4, 5]. Однак, для довготривалої ліквідації психопатологічної симптоматики і стабілізації стану хворі потребують одночасної психотерапевтичної кваліфікованої допомоги, яка б ураховувала особистісні особливості їх психоемоційної сфери і позбавляла рушійної сили симптомоутворення – обсесій і компульсій [6, 11].

Літературні джерела останніх років містять інформацію про застосування психотерапевтичних підходів у лікуванні хворих із ОКР. При цьому широко застосовуються методи раціональної, когнітивно-поведінкової та психодинамічної психотерапії, релаксаційних тренінгів тощо [7]. Застосування психотерапії у складі комплексної терапії дає можливість знижувати дози інших психотропних засобів, що сприяє не тільки оптимізації лікування, а також запобіганню виникнення небажаних ефектів [10, 11].

Однак розроблені методи психотерапії хворих на ОКР практично не враховують індивідуальні психологічні характеристики особистості і не містять вказівок на особливості проведення психотерапії при ОКР.

Мета дослідження: комплексне вивчення клініко-психопатологічних, психологічних особливостей хворих на ОКР із розкриттям специфіки реагування на стрес та використаних особистістю психологічних захистів з метою оптимізації психотерапевтичної інтервенції та оцінкою її ефективності.

Матеріал і методи досліджень. На базі Чернівецької обласної психіатричної лікарні проведено обстеження 36 хворих на ОКР. Середній вік пацієнтів складав 33,12±4,24 років. Для рішення завдань проводили клінічне, клініко-психопатологічне, патопсихологічне і дослідження всіх хворих з подальшою статистичною обробкою отриманих результатів. Контрольну групу

склали хворі на ОКР на початку лікування. Основна група представлена хворими після завершення лікування.

У хворих обох груп визначали рівень депресії - з використанням шкали депресії Зунга, адаптованої Т.І. Балашовою, показники особистісної та реактивної тривожності за Спілбергером-Ханіним, використовували «Обсесивно-компульсивну шкалу Йеля-Брауна», «Опитувальник - індекс життєвого стилю» Р.Плутчика та Х. Келлермана). Оцінку вірогідності даних проводили за допомогою критерію Стьюдента, середні величини виражали у вигляді M+m. Статистично вірогідною вважалася різниця при величині показника $p<0,05$.

У всіх вказаних пацієнтів психофармакотерапія поєднувалася з психотерапією, хоча залежно від фази лікування їхня значимість змінювалася. На початкових етапах лікування ОКР психофармакотерапія мала більш пріоритетний характер, однак в міру покращення психічного стану хворих та їхньої індивідуально-психологічної адаптації психотерапія ставала провідною.

Серед психофармакологічних засобів застосовувалися такі препарати, як анафраніл, ципралекс, золофт, доксепін, флюанксол, еглоніл. У якості комбінацій ми поєднували не більше двох засобів різних груп. Одним з найважливіших завдань фармакотерапії ОКР була мінімалізація небажаних ефектів. У обсесивних, схильних до контролю осіб, це завдання було непростим, бо найменші тілесні відчуття могли посилювати обсесивну симптоматику і вести до відмови від лікування. Особливо це стосувалося пацієнтів з тілесними настирливими станами, сомато-вегетативною симптоматикою. Тому перевагу мав ципралекс, при призначені якого не спостерігалось побічних ефектів.

Поряд із медикаментозним психофармакологічним впливом застосовували індивідуальну і групову короткотермінову психотерапію з урахуванням виявлених особистісних особливостей пацієнтів. Головною метою лікування пацієнтів було сприяння тому, щоб вони глибше відчули власні почуття, емоційність і людську природу. Програма раціональної, когнітивно-

поведінкової та психодинамічної психотерапії була спрямована на набуття віри в свої сили, любові до себе, оволодіння способами рішень повсякденних проблем із налагодженням внутрішньосімейних відносин, на навчання правильній взаємодії з іншими людьми та навчання навичкам для повсякденного життя.

Результати дослідження та їх обговорення. На початку лікування у хворих на ОКР контрольної групи виявили різноманітні психологічні особливості, але переважали такі, як педантичність, перфекціонізм, почуття пригніченості, безпомічності, невпевненості, відчуття небезпеки, знижена самооцінка і рівень домагань, низький поріг виникнення реакції тривоги, труднощі концентрації уваги, відчуття «пустоти в голові», навіюваність, конформність, комплекс вини і меншовартості, слабкість «Я», дратівливість і нетерплячість. Поведінкові особливості відображали психологічні проблеми пацієнта та його вегетативні дисфункції і проявлялися в дезорганізації діяльності, скутості, напруженості, непосидючості, в намаганні уникати стресові ситуації, підвищенні втомлюваності, появі страху, тремору, похитуванні при ходьбі.

Психопатологічні розлади у хворих контрольної групи були представлені обсесіями (79,34%), компульсіями (88,27%) і поєднувалися з депресією (67,12%), тривогою (95,68%), страхами (54,43%). Після лікування у хворих основної групи суттєво зменшилися обсесії (18,12%), компульсії (13,23%), депресія (15,12%), тривога (12,28%), страхи (4,63%), ($p<0,05$).

В основній групі кількість хворих із обсесіями зменшилася на 77,16%, з компульсіями – на 85,01%, з депресією - на 77,47%, тривогою – на 87,61%, страхами – на 91,49%, ($p<0,05$).

Дослідження специфіки захисних механізмів свідчать про те, що на початку лікування основними захисними механізмами у хворих контрольної групи були регресія (69,62+3,12), витиснення (59,32+2,82) та заміщення (59,64+2,67). Після лікування у хворих основної групи регресія знизилася до 45,12+2,14 ($p<0,05$), витиснення – до 49,32+1,28 і заміщення - до 50,16+2,18 ($p<0,05$). Через специфіку характерологічних та особистісних особливостей

(надконтроль), хворі на ОКР важко переживали втрату контролю над собою, своєю поведінкою, емоціями й думками. Це спричинено специфічною структурою особистості, особливостями розвитку, а також високим рівнем реактивної тривожності. Зниження контролю характерне для фруструючих і стресових ситуацій. Низький рівень контролю в певних ситуаціях додає стресогенності для людей, схильних до формування ОКР. Таким чином, ситуація посилення обсесій та компульсій розглядається як така, що веде до втрати контролю над власним тілом чи думками. У даному випадку, регресія дозволяє знизити напруження від переживання власної некомпетентності та розгубленості. Регресія дозволяє переживати втрату контролю скоріше як хворобу, ніж як поразку власного Я.

Однією з гіпертрофованих рис особистостей з ОКР виступала надвідповідальність, яка на свідомому рівні не могла бути знижена без участі терапевтичного впливу. Виходячи з вище описаних даних можна говорити про наявність внутрішньоособистісних конфліктів, не адаптивних установок та певної слабкості «Я» у хворих на ОКР. Так, основною реакцією на стрес є дії, спрямовані на втечу від болісних переживань, що пов’язані зі стресогенною ситуацією. Вираженість заміщення свідчить про потребу у взаємодії з елементами реальності, що сприймаються як травматичні та у надмірній тривозі, що пов’язана із цією взаємодією [8].

Отже, психотерапевтична допомога пацієнту допомагала усвідомити конфлікти, що стали джерелом розладів, істотно змінити необхідні риси характеру і відновити повноцінне функціонування особистості.

Саме такий підхід сприяв не лише зменшенню внутрішнього напруження, страху чи редукції основної психопатологічної симптоматики, а й глибшому усвідомленню внутрішніх конфліктів і стосунків з оточуючим світом, свого місця у ньому і, відтак, формуванню більш зрілих захистів та адаптивних форм поведінки. Усі пацієнти у процесі психотерапевтичної роботи починали усвідомлювати значення нав’язливої поведінки, як захисту і способу адаптації до оточення (а швидше, адаптації оточення до власних вимог).

У результаті проведеного дослідження виявлено, що комплексне лікування хворих на ОКР завдяки застосуванню індивідуальної і групової психотерапії з урахуванням особистісних особливостей хворих, викликало суттєве покращення їх стану з покращенням настрою і зниженням рівня тривожності. У процесі психотерапії досягали усвідомлення пацієнтами своїх внутрішніх проблем, формування мотивації до зміни існуючих неконструктивних поведінкових патернів, позитивне самосприйняття і вироблення конструктивних способів міжособистісної взаємодії.

Висновок. **О**тже, в результаті проведеної комплексної діагностики і лікування хворих на ОКР знизилися прояви обсесій, компульсій, рівень реактивної тривожності, депресії, напруженість захисних механізмів. Індивідуальний психотерапевтичний підхід у вирішенні конфлікту особистості сприяв покращенню рівня адаптації до умов навколишнього середовища. Психотерапевтичні заходи впливали на когнітивну і афективну сферу хворих на ОКР і сприяли усвідомлення конфліктів і стосунків з оточуючим світом, свого місця у ньому і, відтак, формуванню більш зрілих захистів та адаптивних форм поведінки з відновленням повноцінного функціонування особистості і зникненням нав’язливостей.

Перспективи подальших досліджень полягають у вивченні копінг-стратегій подолання хворими на ОКР стресових ситуацій та їх гармонізації.

Використана література

1. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні: Інформаційно-аналітичний огляд за 2001-2010 рр. // [М. К. Хобзей, О. М. Коллякова, О. М. Зінченко та ін.] - 2011. - 175 с.
2. Аведисова А.С. Контролирование симптомов тревоги и лечение тревожно-фобических расстройств – альтернатива или нет? / А.С. Аведисова // НейроNEWS: психоневрология и нейропсихиатрия. - 2007. - № 3 (04). - С. 34-38.

3. Александровский Ю. А. Системный анализ механизмов психической дезадаптации, сопровождающей пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. - 2010. - № 5. - С. 27-35.

4. Костюченко С. А. Психическое здоровье населения Украины по результатам эпидемиологического исследования в рамках программы ВОЗ «Психическое здоровье в мире 2000»: первые выводы и рекомендации / С. А. Костюченко // Вестник ассоциации психиатров Украины. – № 1-2 (36-37). – Киев, 2007. - С. 37-50.

5. Пилягина Г. Я. Депрессивные нарушения / Г. Я. Пилягина // Журнал практичного лікаря. - 2003. - № 1. - С. 40-49.

6. Юрьева Л.Н., Носов С.Г., Мамчур А.И., Малишко Т.В. Невротичні, соматоформні розлади та стресс. Навч. посіб. / За ред. проф. Л.М. Юр'євої. - Днепропетровск: Арт-пресс, 2006. - 116 с.

7. Bensing J. M. Somatisation: a joint responsibility of doctor and patient / J. M. Bensing, P. F. Verhaak // Lancet. - 2006, Feb. - № 367 (9509). - P. 452-554.

8. Bradfield J. W. A pathologist's perspective of the somatoform disorders / J. W. Bradfield // J. Psychosom. Res. - 2006, Apr. - № 60 (4). - P. 327-330.

9. General medical and psychiatric perspectives on somatoform disorders: separated by an uncommon lan guage / M. Strassnig, K. R. Stowell, M. B. First et al. // Curr. Opin. Psychiatry. - 2006, Mar. - № 19 (2). - P. 194–200.

10. Henningsen P. Depression, pain, and somatoform disorders / P. Henningsen, B. Lowe // Curr. Opin. Psychiatry. - 2006. - № 19 (1). - P. 19-24.

11. Hollon S. D. Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety / S. D. Hollon, M. O. Stewart, D. Strunk // Annu. Rev. Psychol. - 2006. - № 57. - P. 285–315.