



**5<sup>th</sup> 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

**February 28, 2019**

**Stuttgart, Germany**

5<sup>th</sup> International Scientific Conference

*“Science progress in European countries: new concepts and modern solutions”*: Papers of the 5<sup>th</sup> International Scientific Conference.  
February 28, 2019, Stuttgart, Germany. 994 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) February 28, 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**

84.	YAROSLAV V. RYBALKO, ROSTYSLAV K. SYNYTSKYI. DIGITAL LEARNING TECHNOLOGY IN KYIV NATIONAL ECONOMIC UNIVERSITY NAMED AFTER VADYM HETMAN.	686
85.	КАРВАЦЬКА Н.С. ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОТЕРАПІЧНИХ ЗАХОДІВ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ.	693
86.	КАРВАЦЬКА Н. С., ПЛІХТА Н.Д. МОТИВИ ДІЙ ОСІБ ІЗ ПАРАСУЇЦИДАЛЬНОЮ ПОВЕДІНКОЮ.	700
87.	ДОБІЖА Н.В. РИНКОВА ІНФРАСТРУКТУРА ТА ОСОБЛИВОСТІ ЇЇ ФОРМУВАННЯ В АГРАРНОМУ СЕКТОРІ ЕКОНОМІКИ.	706
88.	БАБЕНКО Т. П. СТРУКТУРНО-ЗМІСТОВІ КОМПОНЕНТИ ІНТЕГРОВАНОГО НАВЧАННЯ У МЕДИЧНОМУ КОЛЕДЖІ.	712
89.	ФІРСИК Т.М. НЕДОЛІКИ ХІРУРГІЧНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ НОРИЦЬ ПРЯМОЇ КИШКИ.	722
90.	ДЕРБАК М.А., ДАНКАНИЧ Є.Е. ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ ГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С.	727
91.	ДРОБОТЬКО І. Д. ВИЗНАЧЕННЯ СУТНОСТІ ТРИВОЖНОСТІ ЯК ОСОБИСТІСНОЇ ТА СИТУАТИВНОЇ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСОБИСТОСТІ ПІДЛІТКА.	733
92.	КІЧУК А.В. ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ АКТУАЛІЗАЦІЇ ЕМОЦІЙНОЇ СКЛАДОВОЇ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я СУЧАСНОГО СТУДЕНТСТВА.	746
93.	BARCHUK R.R., ANANEVYCH I.M., LAZURKEVYCH O.V., REPETSKA O.M., POPADYNETS O.H., KOTYK T.L., DUBYNA N.M. STRUCTURE OF DIGESTIVE ORGANS (MAJOR SALIVARY GLANDS, MUCOUS MEMBRANE OF THE ORAL CAVITY, PERIODONTIUM, SMALL INTESTINE) AGAINST THE BACKGROUND OF MODELED HYPOTHYROIDISM.	750
94.	HONCHARUK V.O., OLIYNYK N.V., POPADYNETS O.H., HRYSHCHUK M.I., DUBYNA N.M. REACTIVE CHANGES IN SKIN AND KIDNEY IN CONDITIONS OF MODELED HYPOTHIROIDISM.	758
95.	SOBOL L.V., VOYANSKY R.S., POPADYNETS O.H., PERTSOVYCH V.M., TOKARUK N.S., DUBYNA N.M. MORPHOFUNCTIONAL PECULIARITIES OF ARTERIAL WALLS OF DIFFERENT TYPE AND CALIBER AND TEMPOROMANDIBULAR JOINT IN HYPOTHYROIDISM AND IODINE DEFICIENCY.	763
96.	ЄГОРОВ Р.А. ІДЕЯ УНІВЕРСИТЕТУ К. ТВАРДОВСЬКОГО У КОНТЕКСТІ СЬОГОДЕННЯ.	771

## ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОТЕРАПІЧНИХ ЗАХОДІВ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ

**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*

За даними ВООЗ депресія є одним із самих поширених захворювань - депресією страждає 350 млн. людей різного віку у всьому світі [1]. Депресія може призводити до більшості негативних наслідків, включаючи проблеми з самопочуттям і соціально-психологічної адаптацією. Найбільшою загрозою депресії є ризик суїциду. Кожного року близька 800 тис. людей завершує життя самогубством, знаходячись в стані депресії. Пацієнти, які страждають на депресію, демонструють слабку реакцію на медикаментозні і психотерапевтичні засоби лікування, а також високий процент рецидивів захворювання. Майже 40% пацієнтів з хронічної депресією отримують статус «несприйнятливих до лікування» [2].

В силу описаних особливостей, розробка і оцінка ефективних способів лікування депресії продовжує залишатися актуальним викликом для психологів, психотерапевтів, психіатрів та інших спеціалістів охорони здоров'я.

У теперішній час когнітивно-поведінкова терапія широко поширена і визнана в якості психотерапевтичного метода лікування депресії. Найбільш авторитетні клінічні керівництва, включаючи ВООЗ, при терапії депресії рекомендують поєднання антидепресантів і когнітивно-поведінкової терапії в різних її модифікаціях [3,4,5]. Основні положення когнітивно-поведінкової терапії розроблені в працях Арона Бека і Альберта Елліса саме для лікування депресивних розладів. Когнітивно-поведінкова терапія завжди опирається на

надійний науковий бекграунд: кожний рік виходять сотні досліджень ефективності когнітивно-поведінкової терапії, розробляються нові підходи, що інтегрують досвід інших напрямків психотерапії, так і різні духовні практики. Наприклад, підвищення усвідомленості і медитація в когнітивно-поведінковій терапії «третьої хвилі». Мета-аналіз досліджень ефективності когнітивно-поведінкового підходу підтвердили його терапевтичний потенціал для лікування депресії [6,7,8]. На перший план виступають такі переваги, як вимірюваність, валідність, чіткі терміни і орієнтація на результат.

Однак більшість досліджень обмежується вимірюванням результатів терапії безпосередньо після закінчення лікування, тоді як саме стійкість і тривалість змін є істинним показником ефективності психотерапії. При аналізі довготривалих результатів когнітивно-поведінкової терапії хворих із депресією виявлена тенденція до лінійного зниження позитивних результатів після закінчення лікування.

В літературних джерелах кількісно переважають дослідження ефективності когнітивно-поведінкової терапії, тому вірогідні порівняння з іншими підходами істотно утруднені. Найменше представлені дослідження ефективності психоаналітичного і гуманістичного напрямків терапії [10].

Психоаналітична терапія є головним джерелом усіх психотерапевтичних практик. Однак психоаналітики рідко коли намагались науково обґрунтувати і доводити ефективність терапевтичного потенціалу психоаналізу, хоча завжди вважалось, що саме психоаналіз здатний досягати найбільш глибоких і стійких змін. Здавалося, що такі особливості психоаналітичної терапії, як тривалість і конфіденційність стосунків, робота з несвідомим і переносом навряд чи піддаються вимірам.

Однак з кінця 2000-их років стали з'являтися окремі дослідження ефективності психоаналітичної і психодинамічної терапії. Так, дослідження 2008-го року описувало виражені і стійкі позитивні зміни після довготривалої (близька 50 сесій) психодинамічної терапії депресії [11]. Аналіз ефективності короткострокової психодинамічної терапії депресії, проведений в 2010-ом році

показав, що безпосередньо після завершення лікування інші форми психотерапії показують кращі результати, котрі, однак, починають лінійно знижуватися з часом, тоді як результати, що досягнуті після короткострокової психодинамічної терапії, зберігаються як мінімум протягом року після закінчення лікування [12]. В 2012 році опубліковано дослідження, що описує зміни в префронтальній ділянці кори півкуль головного мозку і в лімбічній системі, які зафіксовані магнітно-резонансним томографом після 15 місяців психодинамічної терапії, і супроводжуються значним прогресом в лікуванні депресії [13].

Довготривале порівняльне дослідження ефективності когнітивно-поведінкової терапії і довготривалої психоаналітичної/психодинамічної терапії, проведене в 2012-ому році, оцінювало стан пацієнтів до, після і через 3 роки після терапії [14]. У зв'язку з тим, що довготривала психоаналітична терапія показала значно більш стійкі і виражені зміни через три роки після закінчення лікування, автори дослідження пропонують задуматися про так названий «ефект дози». Більшість клінічних керівництв рекомендують «стандартний» курс психотерапії, що складається з 8-15 сеансів, тоді як в силу труднощів створення стосунків і встановлення терапевтичного контакту депресивні пацієнти можуть мати потребу в більшій кількості сеансів для досягнення позитивного ефекту лікування.

Відповідь на питання чи пов'язана ефективність психоаналітичної терапії депресії з перевагами техніки або є результатом більш високої «дозы» - тривалішого лікування отримана при дослідженні трьох груп пацієнтів при підтримці Департаменту психосоматичної медицини і психотерапії Технічного університету Мюнхена. Порівнювали результати проведення психотерапевтичних курсів когнітивно-поведінкової терапії (від 19 до 100 сеансів), психодинамічної терапії (від 18 до 218 сесій) і психоаналітичної терапії (від 58 до 356 сеансів) [15]. Лікування здійснювали 21 терапевт з середнім досвідом роботи 15 років, 14 психоаналітично і психодинамічно орієнтованих і 7 когнітивно-поведінкових терапевтів. Стан пацієнтів

оцінювався до і після лікування, а також через 1, 2 і 3 роки після закінчення терапії. Процес терапії фіксувався за допомогою аудіозапису і оцінювався за посередництвом Q-теста. Аналіз отриманих даних показав, що прогрес пацієнтів в міжособистісних стосунках і покращення самопочуття одразу після закінчення лікування позитивно корелює з кількістю сеансів. Більш віддалені за часом позитивні результати терапії, згідно висновкам авторів, пов'язані з психоаналітичною технікою.

У 2015 році за підтримкою Тевістокської клініки в Лондоні було проведено дослідження ефективності довготривалої психоаналітичної терапії «резистентних до лікування» депресивних хворих [16]. Для участі в дослідженні були відібрані 129 пацієнтів, з офіційно установленим за DSM-IV діагнозом «Великий депресивний розлад» і досвідом як мінімум двох безуспішних спроб непсихоаналітичного лікування від депресії. Вибірка була розділена на дві групи: контрольна група отримала лікування, що рекомендоване Британським Національним Інститутом охорони здоров'я (антидепресанти в комбінації з когнітивно-поведінковою терапією; експериментальна група отримала таке же медикаментозне лікування і проходила психоаналітичну терапію. Лікування здійснювали 22 психоаналітичних терапевта з середнім досвідом 17,5 лет. Процес терапії протоколювався шляхом аудіозапису і Q-тесту. Оцінка результатів проводились через 18, 24 і 48 місяців після закінчення лікування.

До моменту завершення ефективність терапії в двох групах була майже однаковою – часткова ремісія у 32,1% пацієнтів в психоаналітичній групі й у 23,9% в контрольній. Значима різниця стала проявлятися лише впродовж 24 місяця після закінчення лікування. В групі, що отримувала психоаналітичне лікування, стабільну ремісію спостерігали у 38,8% пацієнтів протягом 24 місяців, у 34,7% впродовж 30 місяців, у 30% протягом 42 місяців. В контрольній групі ремісія зафіксована у 19,2% пацієнтів через 24 місяця, у 12,2% через 30 місяців, у 4,4% через 30 місяців. Також були виявлені значимі відмінності в кількості учасників, у яких зняли психіатричний діагноз великого

депресивного розладу: 44% через 42 місяця в групі тривалої психоаналітичної терапії і 10% в контрольній групі. Крім того, не дивлячись на те, що обидві групи отримували однаково медикаментозне лікування, в контрольній групі пацієнти частіше знаходились під наглядом психіатрів або медиків. По закінченню дослідження учасники із групи психоаналітичної терапії частіше продовжували подальше лікування у психодинамічно орієнтованих терапевтів.

Завдяки науково-дослідницькій і публікаційній активності представників когнітивно-поведінкового підходу дана форма терапії отримала статус універсального і повсякчасного рекомендуємого психотерапевтичного засобу для лікування не тільки депресії, але й інших психічних захворювань, не дивлячи на доказану низьку ефективність в довгостроковому періоді.

Офіційні клінічні керівництва і співтовариства незалежних дослідників підкреслюють, що лідируючі позиції когнітивно-поведінкової терапії пов'язані також і з низькою науково-дослідницькою активністю представників інших терапевтичних підходів, саме гуманістичного і психоаналітичного напрямку.

Психоаналітична терапія створює умови для глибоких і стійких змін. І хоча особливості психоаналітичної терапії спряжені з певними труднощами для емпіричного підтвердження її ефективності, окремі приклади останніх років показують, що така робота може бути проведена. Для цього необхідно об'єднати ресурси крупних психоаналітичних центрів та інститутів, досвід психоаналітичних терапевтів і зусилля вчених, що володіють технологіями проектування, проведення і надання результатів досліджень. Вважається, що в результатах подібної роботи зацікавлені всі сторони і в особливості пацієнти з депресією, що отримують статус «резистентних до лікування» після одного або двох курсів «стандартної» терапії, що втрачає ефективність одразу після закінчення лікування.



## Література

1. Офіціальний сайт World Health Association. Електроний ресурс:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
2. European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe//European Psychiatry. 33, (2016), 18-36
3. Depression in adults: recognition and management. National Institute for Health and Care Excellence; April, 2012. Електроний ресурс: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/evidence/evidence-update-243829405>
4. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, APA; 2010. Електроний ресурс: [https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/md\\_d.pdf](https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/md_d.pdf)
5. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. Електроний ресурс: <http://www.canmat.org/resources/CANMAT%20Bipolar%20Disorder%20Guidelines%20-2013%20Update.pdf>
6. Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
7. Hollon, S. D., Shelton, R. C., & Loosen, P. T. (1991). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 88–99.
8. Cuijpers, P., Dekker, J., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2009). Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 1219–1229.
9. Malterer Johnsen, T. J., & Friborg, O. (2015, May 11). The Effects of Cognitive Behavioral Therapy as an Anti-Depressive Treatment is Falling: A Meta-

Analysis. *Psychological Bulletin*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/bul0000015>

10. Shinohara K., Honyashiki M., Imai H., Hunot V., Caldwell D.M., Davies P., Moore T.H., Furukawa T.A., Churchill R. Behavioural therapies versus other psychological therapies for depression// *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Oct 16;10:CD008696.

11. Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA* 2008;300:1551–65.

12. Driessen E, Cuijpers P, de Maat SC, Abbass AA, de Jonghe F, Dekker JJ. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a metaanalysis. *Clin Psychol Rev* 2010;30:25–36

13. Buchheim A, Viviani R, Kessler H, Kachele H, Cierpka M, Roth G, et al. Changes in prefrontal-limbic function in major depression after 15 months of longterm psychotherapy. *PLoS One* 2012;7:e33745.

14. Huber D, Zimmermann J, Henrich G, Klug G. Comparison of cognitivebehaviour therapy with psychoanalytic and psychodynamic therapy for depressed patients — a three-year follow-up study. *Z Psychosom Med Psychother* 2012;58:299–316

15. Zimmermann J, Loffler-Stastka H, Huber D, Klug G, Alhabbo S, Bock A, et al. Is it all about the higher dose? Why psychoanalytic therapy is an effective treatment for major depression. *Clin Psychol Psychother* 2014.

16. Fonagy P, Rost F, Carlyle JA, McPherson S, Thomas R, Pasco Fearon RM, et al. Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry* 2015;14:312–21.