

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**  
**Український центр наукової медичної інформації**  
**та патентно-ліцензійної роботи**  
**(Укрмедпатентінформ)**

**№255- 2017**

**ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ**

про нововведення в сфері охорони здоров'я

Випуск - 2 з проблеми  
«Медична психологія. Психотерапія»  
Підстава: рекомендація головного  
позаштатного спеціаліста МОЗ України

ГОЛОВНОМУ ПОЗАШТАТНОМУ  
СПЕЦІАЛІСТУ З МЕДИЧНОЇ  
ПСИХОЛГІЇ, ПСИХОТЕРАПІЇ  
КЕРІВНИКАМ СТРУКТУРНИХ  
ПІДРОЗДІЛІВ З ПИТАНЬ ОХОРОНИ  
ЗДОРОВ'Я ОБЛАСНИХ, КИЇВСЬКОЇ  
МІСЬКИХ ДЕРЖАВНИХ  
АДМІНІСТРАЦІЙ

**МЕТОД ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ**  
**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА БІПОЛЯРНИЙ**  
**АФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД**

Установи-розробники:  
**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ**  
**МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**  
**ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА**  
**УКРМЕДПАТЕНТІНФОРМ**  
**МОЗ УКРАЇНИ**

Автори:  
д.мед.н., проф. **Кожина Г.М.**  
к.мед.н. **Зеленська К.О.**  
**Резуненко О.Ю.**

м. Київ

**Суть впровадження:** підвищення ефективності психотерапевтичного лікування хворих на біполярний афективний розлад шляхом постійного моніторингу ефективності призначених психотерапевтичних лікувальних заходів з метою їх корекції в разі необхідності для попередження формування рецидиву.

Пропонується для впровадження в лікувально-профілактичних установах практичної охорони здоров'я (обласних, міських, районних) психіатричного профілю спосіб психотерапевтичного лікування хворих на біполярний афективний розлад.

Відповідно до сучасних уявлень, біполярний афективний розлад (БАР) є психічним захворюванням, що характеризується зміною полярності афекту, хронічним рецидивуючим перебігом, високим коефіцієнтом коморбідності, супроводжується суїцидальною поведінкою, скороченням тривалості життя, погіршенням соціального функціонування і якості життя пацієнтів та їхнього оточення.

За останніми даними міжнародних досліджень, ймовірність БАР протягом життя дорівнює 1,0 %, включаючи стерті стани -близько 3,5 %. Розподіл дебюту захворювання за віком хворих свідчить, що майже у половини випадків БАР розпочинається у віковий період від 25 до 45 років, причому біполярні форми частіше розвиваються в більш молодому віці, а монополярні -після 35 років. Показано, що серед пацієнтів із БАР відзначається висока питома вага супровідної психічної патології (зокрема, тривожних розладів). Тому сучасний підхід до терапії афективного розладу вимагає не лише призначення адекватних лікувальних заходів, а й постійного моніторингу їх ефективності та зміни, доповнення або корекції цих заходів в разі необхідності. Психотерапія є допоміжним методом лікування біполярного афективного розладу. Однак її значення не варто недооцінювати.

Нами розроблено спосіб підвищення ефективності психотерапевтичного лікування хворих на біполярний афективний розлад.

Основою розробки стали результати комплексного клініко-психопатологічного - обстеження 87 хворих на біполярний афективний розлад у

віці 18-45 років обох статей (33 чоловіки і 54 жінки), які знаходилися на обстеженні і лікуванні у Харківській обласній клінічній психіатричній лікарні №3. Всі обстежені були рандомізовані на основну групу (n=47) та групу порівняння (n=40). Основна група та група порівняння були однорідними за соціально-демографічними та клінічними показниками.

Пацієнтам основної групи проводилася стандартна психофармакотерапія, психотерапія та проведення аналізу самозвіту хворого. Цей метод проводиться наступним чином: лікар аналізує самозвіт хворого не рідше ніж 1 раз на 2 тижні, оцінює ефективність виконаних над пацієнтом

психотерапевтичних заходів в балах та при переході стану хворого за бальною оцінкою від більш високої кризової ситуації до більш низької продовжує ці заходи при можливому об'єднанні з іншим/іншими психотерапевтичними заходами, якщо переходу стану хворого за бальною оцінкою від більш високої кризової ситуації до більш низької не сталося, лікар обов'язково змінює психотерапевтичний захід на інший.

Пацієнту пропонують оцінити кризову ситуацію за наступними параметрами (для цього необхідно обвести кружком відповідну відповідь по кожній шкалі):

1	Неважлива для мене	1234567	Важлива для мене
2	Важка	1234567	Легка
3	Некерована	1234567	Керована
4	Безнадійна	1234567	Обнадійлива
5	Не стосується мене	1234567	Має до мене пряме відношення
6	Незрозуміла	1234567	Зрозуміла
7	Важко змінюється	1234567	Легко змінюється
8	Несподівана	1234567	Очікувана

Аналіз та інтерпретація результатів. Інтегральний індекс стресогенності оцінюється за сумою балів, отриманих по всім субшкалам відповідно до «ключа».

#### «Ключ»

1	Неважлива для мене	1234567	Важлива для мене
2	Важка	7654321	Легка
3	Некерована	7654321	Керована
4	Безнадійна	7654321	Обнадійлива
5	Не стосується мене	1234567	Має до мене пряме відношення
6	Незрозуміла	7654321	Зрозуміла

7	Важко змінюється	7654321	Легко змінюється
8	Несподівана	7654321	Очікувана

Низька стресогенність ситуації - 8-16 балів; помірна стресогенність ситуації - 17-32 бали; підвищена стресогенність ситуації - 33-48 балів; висока стресогенність ситуації - 49-64 бали. Субшкали дозволяють оцінити окремі частини стресової ситуації та психологічного стану хворого. Субшкали 1, 5 - оцінка емоційної значущості ситуації; субшкали 2, 6 - оцінка когнітивних труднощів в ситуації; субшкали 3, 7 - оцінка керованості (контролю) ситуації; субшкали 4, 8 - оцінка перспективи щодо майбутнього розвитку.

Пацієнти групи порівняння отримували стандартну психофармакотерапію та психотерапію.

Отримані результати дозволили обґрунтувати доцільність проведення аналізу самозвіту хворого на БАР для подальшого рішення щодо проведення психотерапевтичного лікування та подальшої тактики ведення хворого.

Аналіз клінічних результатів використання розробленого методу показав, що в основній групі стабільна інтермісія реєструвалася у 74,5%, покращення психічного стану - у 10,9%, відсутність позитивної динаміки психічного стану - у 9,1 %, погіршення психічного стану - у 5,5%. В контрольній групі ці показники дорівнювали відповідно 53,1 %, 12,2 %, 28,6%, 6,1 % та відрізнялися достовірним переважанням осіб з відсутністю динаміки й меншою кількістю осіб, які досягнули стабільної інтермісії.

Висновок: проведення аналізу самозвіту хворого на БАР може бути рекомендовано для подальшого рішення щодо проведення психотерапевтичного лікування та подальшої тактики ведення хворого. Інформаційний лист складено за матеріалами НДР «Оптимізувати психосоціальну реабілітацію хворих на психічні розлади на основі розробки та впровадження психоосвітніх програм» (№ Держреєстрації 0115U000238), термін виконання 2015-2017 р.р.

За додатковою інформацією з даної проблеми слід звертатись до авторів листа: Харківський національний медичний університет, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, тел. (057)7381068.