

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ
ТА НАРКОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ»

КОЛЬЦОВА ГАЛИНА ГЕННАДІЇВНА

УДК: 616.895.4-008.441.44-036-08(043.3)

**ГЕНДЕРНО ОРІЄНТОВАНА ПСИХОТЕРАПІЯ
У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ
ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ**

14.01.16 – психіатрія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеню
кандидата медичних наук

Харків – 2021

Дисертацією є рукопис

Роботу виконано в Харківському національному медичному університеті МОЗ України

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор **Кожина Ганна Михайлівна**, Харківський національний медичний університет МОЗ України, кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи, завідувач кафедри

Офіційні опоненти: доктор медичних наук,

доктор медичних наук,

Захист відбудеться «___» _____2021 р. о 10⁰⁰ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 64.566.01 в ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» за адресою: 61068, м. Харків, вул. Ак. Павлова, 46.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» за адресою: 61068, м. Харків, вул. Ак. Павлова, 46.

Автореферат розісланий «__» _____2021 р.

Вчений секретар
Спеціалізованої вченої ради Д 64.566.01,
кандидат медичних наук

Н.А. Байбарак

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. На сучасному етапі розвитку суспільства серед загальномедичних проблем особливої актуальності набуває проблема патології афективної сфери. За даними ВООЗ, в цей час більш ніж у 110 млн осіб в світі виявлені ті чи ті клінічно значущі прояви депресивних розладів. Аналогічна тенденція спостерігається і в Україні. Зростання актуальності проблеми депресій зумовлене їх поширеністю, пояснюється істотним впливом хвороби на якість життя і соціальне функціонування людини, а також найбільшим серед психічних розладів рівнем суїцидів, скоєних хворими на депресивні розлади (Марута, 2018; Юр'єва Л.М., 2018; Кожина Г.М., 2019, Ярославцев С.О., 2020; Karczynski N. S. et al., 2016).

Зростання захворюваності та поширеності депресії в сучасних умовах пов'язані з високим темпом життя, підвищеним рівнем стресогенності, соціальною нестабільністю в різних сферах життя, складними екологічними умовами, високим рівнем міграції, невпевненістю в майбутньому, зміною ідеалів. Важливим складовим медико-соціальним значенням депресій є суїцидальний ризик, що обумовлює високий рівень летальності серед хворих на депресії. (Венгер О.П. 2018; Тахташова Д.Р., 2019; Pandurangi A. et al., 2014; Guilera G. et al., 2014).

Медико-соціальні наслідки депресій включають широкий спектр клінічних і соціальних аспектів, до яких слід віднести хронічний перебіг, рецидивування, зниження якості життя, адаптаційні можливості пацієнта, професійний статус, що супроводжується зміною роботи, розпадом сім'ї та інвалідністю з втратою соціальної підтримки. (Мішиєв В.Д., 2017; Пшук Н.Г., 2017; Підкоритов В.С., 2017; Кожина Г.М., 2019; Михайлов Б.В., 2020; Moller H.J. et al, 2016)

Висока суїцидогенність депресивних розладів обумовлює необхідність комплексного вивчення феномена суїцидальності при депресіях, в тому числі з урахуванням гендерних особливостей. (Сновіда Л.Т. 2014; Шестакова М.В, 2015; Маркова М.В., 2017; Чабан О.С., 2018; Neil A. L., Carr V. J., 2016).

Депресивні розлади мають істотні гендерні особливості у клініко-психопатологічній феноменології, психосоціалній дезадаптації та в проявах аутодеструктивної поведінки, що вимагає диференційованих лікувально-реабілітаційних та психотерапевтичних підходів (Яцина А.Т. 2016; Юр'єва Л.М., 2017; Belov O.O., Pshuk N.G., 2020).

Важливість і необхідність вивчення гендерної специфіки психічних розладів підкреслювалася неодноразово. Суттєві відмінності механізмів формування депресивних розладів у чоловіків і жінок, що зумовлює специфіку клініко-психопатологічних і патопсихологічних проявів і визначає необхідність вироблення диференційованих лікувально-діагностичних підходів. (Колядко С.П., 2018; Венгер О.П. та ін., 2018; Марута Н.О., 2018; Пілягіна Г.Я., 2019; Campbell G., Darke S., Bruno R. et al., 2018).

Вищезазначене обумовлює необхідність проведення даної роботи.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційну роботу виконано відповідно до плану наукових досліджень кафедри психіатрії,

наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету МОЗ України за темами: «Психоосвітні програми в системі реабілітації психічно хворих» (номер державної реєстрації 01124001823), «Вивчення закономірностей формування та розробка методів профілактики суїцидальної поведінки серед населення України» (номер державної реєстрації 0113U002273) та «Оптимізувати психосоціальну реабілітацію хворих на психічні розлади на основі розробки та впровадження психоосвітніх програм» (номер державної реєстрації 0115U000238).

Об'єкт дослідження – моно- та біполярні депресивні розлади у жінок та чоловіків

Предмет дослідження – клініко-психопатологічні та патопсихологічні гендерні особливості та суїцидальна поведінка у хворих на моно- та біполярні депресивні розлади, як мішені комплексної системи терапії.

Мета дослідження: на основі вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних гендерних особливостей депресивних розладів різного генезу, розробити гендерно орієнтовану систему їх комплексної терапії та профілактики суїцидальної поведінки та оцінити її ефективність.

Виходячи з мети нами були поставлені наступні **завдання дослідження:**

1. Вивчити гендерні особливості клініко-психопатологічної структури моно- та біполярних депресивних розладів.
2. Вивчити гендерні особливості суїцидальної поведінки залежно від генезу депресивного розладу.
3. Розробити гендерно орієнтовану систему психотерапії депресивних розладів та превенції суїцидальної поведінки залежно від генезу депресивного розладу.
4. Розробити гендерно орієнтовану систему психоосвіти при суїцидальній поведінці залежно від генезу депресивного розладу.
5. Вивчити особливості динаміки клінічної картини моно- та біполярних депресивних розладів під впливом розробленої системи терапії.
6. Вивчити особливості динаміки суїцидального ризику під впливом розробленої системи терапії.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, анамнестичний, психодіагностичний, статистичний.

Наукова новизна одержаних результатів. Вперше на основі системного підходу описана гендерна специфіка клініко-психопатологічної структури моно- та біполярних депресивних розладів. Встановлено переважання у чоловіків тужливого (при депресивному епізоді та рекурентному депресивному розладі) та сенесто-іпоходричного (при депресивному епізоді БАР), а у жінок тривожного (при депресивному епізоді та рекурентному депресивному розладі) та апато-адинамічного (при депресивному епізоді БАР) варіантів депресивної симптоматики.

Проаналізовано гендерну специфіку суїциальної поведінки та вираженість суїцидального ризику в залежності від генезу депресивного розладу. Встановлено, що суїцидальні спроби частіше здійснюють чоловіки хворі на рекурентний

депресивний розлад та жінки хворі на депресивний епізод БАР, суїцидальні рішення і наміри частіше виникають у чоловіків хворих на депресивний епізод БАР та у жінок з рекурентним депресивним розладом, пасивні та активні суїцидальні думки виникають у всіх хворих незалежно від генезу депресивного розладу.

Розроблена і апробована гендерно орієнтована програма терапії моно- та біполярних депресивних розладів та превенції суїцидальної поведінки з диференційованим використанням методів психофармакотерапії, індивідуальної і групової психотерапії та психоосвіти залежно від генезу депресивного розладу, впровадження якої дозволяє оптимізувати підходи до терапії депресивних розладів різного генезу.

Встановлена висока результативність розробленої комплексної гендерно орієнтованої програми терапії депресивних розладів диференційованої залежно від генезу депресивного розладу в порівнянні з традиційним комплексним лікуванням щодо редукції психопатологічної симптоматики, зниження рівня тривоги та депресії за відповідними шкалами, відновлення соціальної активності та підвищення якості життя хворих на депресивні розлади.

Визначено позитивну динаміку розробленої програми на превенцію суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади, за даними дворічного катамнестичного дослідження переважно більшість хворих основної групи не здійснювали повторні суїцидальні спроби.

Практичне значення одержаних результатів. Практична значущість результатів дисертаційного дослідження полягає у поліпшенні якості надання медичної допомоги хворим на депресивні розлади різного генезу.

Практичну значущість мають запропоновані гендерно орієнтовані психотерапевтичні та психоосвітні програми з використанням: при депресивному епізоді у чоловіків – когнітивно-поведінкової терапії «Аналіз переживань», «Поведінкова активація», екстенсентціальної терапії, психоосвітніх тренінгів «Інформаційний», «Психологічний баланс» та «Відновлення»; у жінок – індивідуальної кризової психотерапії, когнітивно-поведінкової терапії усвідомленості (mindfulness), біосугесивної терапії; психоосвітніх тренінгів «Інформаційний», «Опанування стресу» та «Рух вперед». При рекурентному депресивному розладі: у чоловіків – когнітивно-поведінкової терапії усвідомленості, особистісно-орієнтованої психотерапії, арт-терапії, психоосвітніх тренінгів «Інформаційний», «Усвідомлення власних почуттів» та життєстійкості; у жінок – когнітивно-поведінкової терапії румінацій, біосугесивної терапії, арт-терапії; психоосвітніх тренінгів «Інформаційний», асертивності та самоконтролю власного емоційного стану. При депресивному епізоді БАР у чоловіків – когнітивно-поведінкової терапії «Оцінка емоцій», «Поведінкова активація», короткотермінової психодинамічної психотерапії, арт-терапії; психоосвітніх тренінгів «Інформаційний», «Відомі особистості страждаючі на БАР» та адаптивного копіngu; у жінок – когнітивно-поведінкової терапії «Раціональні переконання» та румінацій, тілесно-орієнтованої психотерапії, арт-терапії; психоосвітніх тренінгів «Інформаційний», «Відомі особистості страждаючі на БАР» та аффіліації.

Отримані результати дисертаційного дослідження призначені для застосування в роботі психіатрів, психотерапевтів та у навчальній підготовці кваліфікованих кадрів на етапі до- та післядипломної освіти.

Результати дослідження впроваджено в практику роботи Військово-медичного клінічного центру північного регіону Міністерства оборони України (акти впровадження від 12.11.2020; 25.11.2020); КНП ХОР «Міський психоневрологічний диспансер № 3» (акт впровадження від 02.12.2020); КНП ХОР «Обласна клінічна психіатрична лікарня № 3» (акт впровадження від 10.12.2020) Навчально-наукового медичного комплексу «Університетська клініка» (акти впровадження від 10.11.2020; 15.12.2020); Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» (акти впровадження від 01.12.2020; 14.12.2020); КЗ СОР «Обласний наркологічний диспансер» (акт впровадження від 15.05.2019); КНП СОР «Обласний клінічний медичний центр соціально небезпечних захворювань» (акти впровадження від 16.11.2020; 23.11.2020); центру психологічного консультування Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського (акти впровадження від 10.11.2020; 14.12.2020); Комунального некомерційного підприємства Луганської обласної ради «Центр психічного здоров'я» (акти впровадження від 13.11.2020; 17.12.2020); ДУ «Луганський обласний наркологічний диспансер» (акти впровадження від 04.11.2020; 24.12.2020); Комунального підприємства «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги Полтавської обласної ради» (акти впровадження від 17.11.2020; 21.12.2020); Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня (акт впровадження від 29.05.2019); КНП «Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня» ТОР (акти впровадження від 02.12.2020; 25.12.2020); КЗ «Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенко» (акт впровадження від 27.05.2019).

Отримані наукові результати використовуються в навчальному процесі на кафедрі психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету МОЗ України.

Особистий внесок здобувача: авторкою особисто належить ідея роботи, проведено інформаційно-патентний пошук, вивчення літературних джерел, особисто визначено мету і задачі дослідження та розроблено дизайн дослідження. Самостійно виконано клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження хворих на депресивні розлади, статистично-математична обробка, аналіз та опис отриманих результатів дослідження, сформульовані основні положення та висновки дисертаційної роботи. Авторкою особисто обґрунтовано, розроблено і впроваджено гендерно обумовлену комплексну систему терапії депресивних розладів різного генезу, профілактики суїцидальної поведінки та проведено оцінку її ефективності.

Особистий внесок здобувача у роботах, виконаних у співавторстві: у роботі за № 1 у списку праць, опублікованих за темою дисертації автором особисто запропоновано ідею роботи, здійснено аналіз отриманих даних, підготовлено матеріал до друку; у роботі за № 2 – сформульовано гіпотезу роботи, проведено

аналіз суїцидальної поведінки; у роботі за № 3 – оброблено й проаналізовано емпіричний матеріал; у роботі за № 4 – сформульовано проблему дослідження проведено аналіз суїцидальної поведінки хворих; у роботі за № 8 – сформульовано проблему дослідження, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, проаналізовано емпіричний матеріал; у роботі за № 10 – запропоновано ідею роботи, здійснено аналіз отриманих даних, підготовлено матеріал до друку; у роботі № 11 – проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали; у роботі за № 12 – запропоновано ідею роботи, проаналізовано емпіричний матеріал; у роботі за № 13 – запропоновано ідею роботи, здійснено аналіз отриманих даних, підготовлено матеріал до друку.

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертаційної роботи оприлюднено та обговорено на наступних наукових форумах, конференціях: науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сучасні проблеми охорони психічного здоров'я населення України» (Київ, 15-16.09.2011); науково-практична конференція «Сучасні питання сексопатології, андрології та медичної психології, присвяченої пам'яті доктора медичних наук, професора, Заслуженого діяча науки і техніки України, академіка АН ВО України Валентина Валентиновича Кришталія» (Харків, 25.11.2011); міжнародна конференція психіатрів, психологів «Сучасні напрямки та досягнення психіатрії, психотерапії, психології» (Симферополь, 2-3.06.2011); науковий симпозіум та пленум науково-практичного товариства неврологів, психіатрів та наркологів України «Інноваційні технології діагностики, лікування, реабілітації та профілактики нервово-психічних розладів» (Яремче, 5-6.10.2011); наукова сесія та міжвузівська конференція молодих вчених та студентів «Медицина третього тисячоліття» (Харків, 17-18.01.2012); IV національний конгрес неврологів, психіатрів та наркологів України «Доказова медицина в неврології, психіатрії та наркології. Сьогодні й майбутнє» (Харків, 3-5.10.2012); науково-практична конференція з міжнародною участю, присвяченій 150-річчю курорту «Березівські мінеральні води» та 50-річчю кафедри психотерапії ХМАПО «Сучасні методи діагностики, лікування і реабілітації психічних і соматичних розладів психогенного походження (XV Платонівські читання)» (Харків, 10-12.10.2012); V науково-практичній міжрегіональній конференції «Інтегративні підходи в діагностиці і лікуванні психічних та психосоматичних розладів» (Вінниця, 14.03.2013); конференція молодих вчених ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», присвяченій VII Всеукраїнському фестивалю науки та Дню науки «Доказова медицина в неврології, психіатрії та наркології» (Харків, 23.04.2013); науково-практичній конференції «Сучасні проблеми коморбідних розладів в психіатрії» (Харків, 23-24.05.2013); науково-практична конференція з міжнародною участю «Інтеграція психіатрії, психотерапії та психології в сучасну медицину» (Ялта, 06-07.06.2013); науково-практична конференція «Персоніфікована терапія психічних розладів: проблеми та рішення» (Харків, 24-25.04.2014); науково-практична конференція за участю міжнародних спеціалістів «Актуальні питання сучасної психіатрії, наркології та неврології», присвяченої засновнику вітчизняної наукової та практичної психіатрії професору Петру Олександровичу Бутковському (Харків, 7-

9.10.2015); міжнародний конгрес з медичної і психологічної реабілітації «Med&psy Rehab» (Київ, 30-31.10.2017); науково-практична конференція з міжнародною участю «Українська психіатрія: практика, освіта дослідження» (Харків, 17-18.05.2018); науково-практична конференція «Разом задля покращення неврологічного та психічного здоров'я» (Запоріжжя, 3-4.10.2018); науково-практичний симпозіум «Профілактика і чинники ризику неврологічних, психічних та наркологічних розладів» (Тернопіль, 3-4.10.2019).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 13 друкованих праць, з них 7 статей у наукових фахових виданнях, визначених МОН України, серед яких 7 у виданнях, що входять у наукометричні бази даних SCIENCEINDEX, Ulrich's Periodicals Directory і Google Scholar (3 одноосібні), 1 патент України на корисну модель та 5 тез доповідей у матеріалах наукових конференцій державного та міжнародного рівнів.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена на 172 сторінках машинопису. Робота складається зі анотацій українською та англійською мовами, вступу введення, аналітичного огляду літератури, 4 глав власних досліджень, аналізу й узагальнення результатів дослідження, висновків і списку використаних джерел. Матеріали дисертації ілюстровані 15 таблицями та 17 рисунками. Бібліографічний список містить 219 джерел, з них 30% (66) – закордонних.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

Дизайн дослідження й характеристика обстежених. Для досягнення поставленої мети, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології на базі КЗОЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3» було проведено комплексне обстеження 147 хворих на депресивні розлади (76 жінок та 71 чоловік) асоційовані з суїцидальною поведінкою.

Відповідно до встановленого діагнозу хворі були розподілені на 3 клінічні групи:

I – пацієнти з встановленим діагнозом депресивний епізод помірний або важкий без психотичних симптомів (F32.1, F32.2) – $33,2 \pm 1,3$ %,

II - рекурентний депресивний розлад, триваючий епізод помірної ваги або важкий без психотичних симптомів (F33.1, F33.2) – $34,6 \pm 1,3$ %,

III – біполярний афективний розлад, триваючий епізод помірної або важкої депресії без психотичних симптомів (F31.3, F31.34) – $32,2 \pm 1,3$ %.

Основну групи (ОГ) склали 105 хворих (55 жінок та 50 чоловіків), які взяли участь в розробленій нами програмі превенції суїцидальної поведінки; контрольну (КГ) – 42 хворих (21 жінка та 21 чоловік), які отримували стандартну регламентовану терапію у лікарні.

Більшість обстежених хворих мешкали у великому місті – $68,2 \pm 1,6$ %, $22,6 \pm 1,2$ % обстежених мешкали у маленькому місті; $9,2 \pm 0,8$ % – в сільській місцевості. $58,2 \pm 1,5$ % обстежених перебували у шлюбі, $21,4 \pm 1,2$ % були розлучені та $20,4 \pm 1,2$ % ніколи не перебували у шлюбі. $44,2 \pm 1,4$ % обстежених мали дітей.

Методи дослідження. У роботі були використані наступні методи обстеження: клініко-психопатологічний, який базувався на загальноприйнятих

підходах до психіатричного обстеження спрямованих на виявлення провідних симптомів, синдромів та їх динаміки із застосуванням діагностично-дослідницьких критеріїв МКХ-10. Клініко-анамнестичний метод з використанням структурованого інтерв'ю.

Психодіагностичний метод включав використання клінічних шкал тривоги (НАМ-А) і депресії (НАМ-D) Гамільтона (M. Hamilton, 1967), адаптованих до МКХ-10 (Г. П. Пантелеєва, 1988); шкали Монтгомери-Айсберга (Montgomery SA, Asberg M., 1979), адаптованої до МКХ-10 (Guelfi GD, 1993) (MADRS); госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) (Zigmond A. S., Snaith R. P., 1983); Колумбійської шкали серйозності суїцидальних намірів (C-SSRS, Columbia Suicide Severity Rating Scale) (Posner K., Oquendo M.A., Gould M., Stanley B. i Davies M., 2007); «Тест самооцінки вираженості аутоагресивних предикторів» (Пилягіна Г. Я., 2004); методики «Спосіб визначення суїцидального ризику у хворих на депресивний розлад» (Кожина Г.М., Коростій В.І., Зеленська К.О., 2015) та «Спосіб оцінки самосвідомості смерті, як фактора антисуїцидального бар'єра у хворих на депресивний розлад» (Кожина Г.М., Коростій В.І., Зеленська К.О., 2015); «Шкали визначення рівня ангедонії SHAPS (Snaith – Hamilton Pleasure Scale, 1995), дослідження якості життя за допомогою однойменного опитувальника, розробленого Н. Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu & Yoon, 1999 у модифікації Н. О. Марути, 2004.

Математико-статистична обробка результатів дослідження проводилась з використанням пакетів спеціалізованого програмного забезпечення (Statistica 6.0, MS Excel) з використанням методики t-критерію Ст'юдента, отримані результати представлені у вигляді середнього значення \pm похибка середньої арифметичної.

Результати дослідження. У клінічній картині депресивних розладів у обстежених хворих найбільш часто відмічаються знижений фон настрою та афект відчуття туги ($75,8 \pm 1,7$ % чоловіків та $81,2 \pm 1,8$ % жінок), відчуття внутрішньої напруги із неможливістю розслабитися, безпідставне занепокоєння, тривога, ($71,2 \pm 1,7$ % та $67,1 \pm 1,6$ % відповідно), психомоторна загальмованість ($25,8 \pm 1,2$ % чоловіків та $33,2 \pm 1,3$ % жінок), ідеї самозвинувачення, відчуття провини ($67,8 \pm 1,6$ % та $74,2 \pm 1,7$ % відповідно), відчуття власної непотрібності, малоцінності ($73,1 \pm 1,7$ % чоловіків та $76,5 \pm 1,7$ % жінок), звуження кола інтересів ($82,6 \pm 1,8$ % та $80,2 \pm 1,8$ % відповідно), різного роду страхи і нав'язливі спогади ($64,2 \pm 1,6$ % чоловіків та $58,2 \pm 1,5$ % жінок), підвищена образливість, надмірна чутливість щодо зауважень на свою адресу ($29,8 \pm 1,2$ % та $31,1 \pm 1,3$ % відповідно), астенична симптоматика ($45,9 \pm 1,4$ % чоловіків та $52,2 \pm 1,5$ % жінок), психічна стомлюваність ($71,2 \pm 1,7$ % та $74,3 \pm 1,7$ % відповідно).

У емоційній складовій депресивного синдромокомплексу у чоловіків домінували відчуття горя ($67,3 \pm 1,6$ %), добових коливань настрою ($46,1 \pm 1,4$ %), байдужості ($76,1 \pm 1,7$ %), страхи і нав'язливі спогади ($46,1 \pm 1,4$ %), звуження кола інтересів ($83,1 \pm 1,8$ %).

У жінок домінували ідеї самозвинувачення ($66,8 \pm 1,6$ %), відчуття провини ($59,2 \pm 1,5$ %), власної малоцінності ($75,9 \pm 1,7$ %), психомоторна загальмованість

($51,9 \pm 1,5$ %), підвищена вразливість ($66,8 \pm 1,6$ %), схильність до лакримальних реакцій ($80,5 \pm 1,8$ %).

Як показав аналіз клінічної структури депресивних розладів тужливий варіант психопатологічної симптоматики переважав у чоловіків I ($33,1 \pm 1,3$ % обстежених) та II групи ($29,5 \pm 1,2$ %), тривожний варіант був більш притаманний для жінок I ($33,5 \pm 1,5$ %) та II групи ($33,2 \pm 1,3$ %), апато-адинамічний варіант переважав у жінок III групи ($26,9 \pm 1,2$ %) та сенесто-іпохондричний у чоловіків III групи ($28,1 \pm 1,2$ %). (рис. 1.)

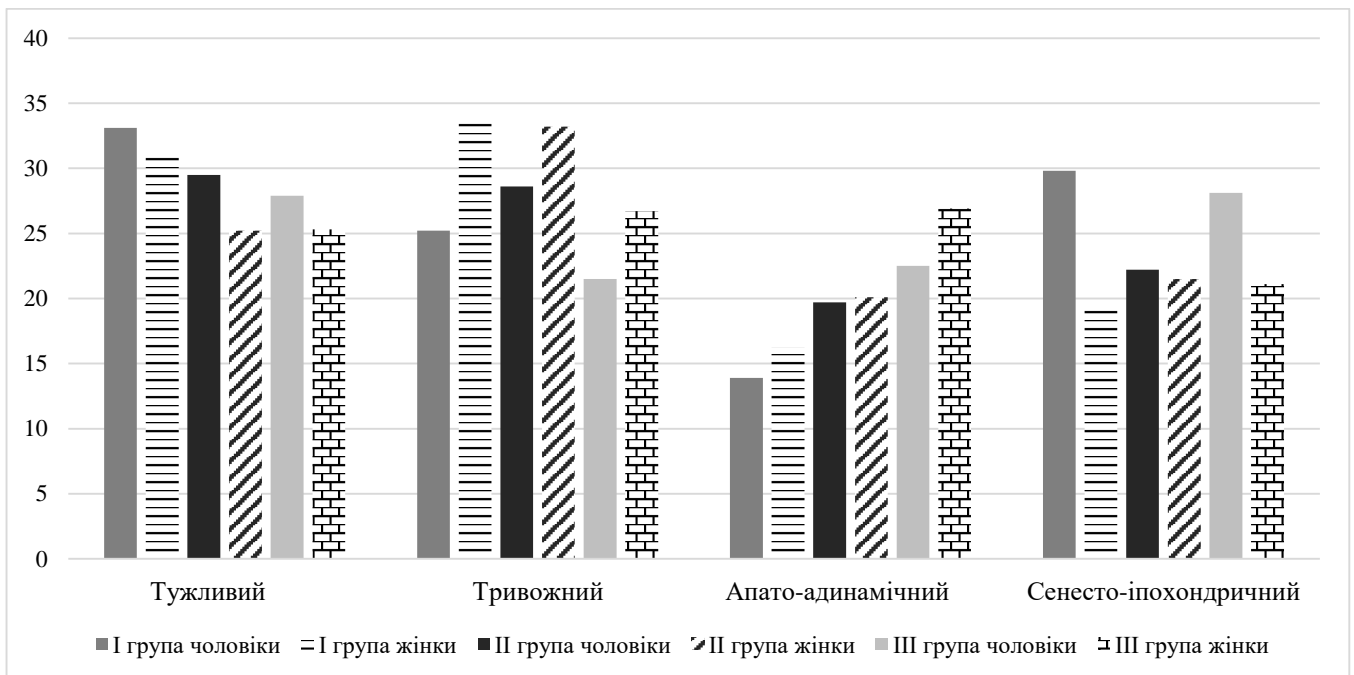


Рис. 1. Клінічна структура депресивних розладів у обстежених хворих (%)

Як свідчать результати психодіагностичного обстеження у переважної більшості обстежених чоловіків ($41,6 \pm 1,4$ % хворих I, $43,7 \pm 1,4$ % II та $42,0 \pm 1,4$ % III груп) та жінок ($42,6 \pm 1,4$ %, $42,4 \pm 1,4$ % та $45,0 \pm 1,4$ % відповідно) спостерігався великий депресивний епізод за шкалою Монтгомері-Айсберга, важкий депресивний епізод за клінічною шкалою депресії Гамільтона ($48,1 \pm 1,4$ % чоловіків та $59,2 \pm 1,5$ % жінок I групи, $59,6 \pm 1,5$ % чоловіків та $56,2 \pm 1,5$ % жінок II групи, $55,3 \pm 1,5$ % та $53,3 \pm 1,5$ % обстежених III групи відповідно) та клінічно виражена депресія за госпітальною шкалою ($52,6 \pm 1,5$ % чоловіків та $52,3 \pm 1,5$ % жінок I групи, $53,6 \pm 1,5$ % чоловіків та $52,9 \pm 1,5$ % жінок II групи, $52,7 \pm 1,5$ % та $50,5 \pm 1,5$ % обстежених III групи відповідно), високий рівень ангедонії ($36,8 \pm 1,3$ % чоловіків та $39,1 \pm 1,3$ % жінок I групи, $48,2 \pm 1,4$ % чоловіків та $45,9 \pm 1,4$ % жінок II групи, $51,1 \pm 1,5$ % чоловіків та $55,2 \pm 1,5$ % жінок III групи).

Як показали результати вивчення вираженості суїцидального ризику суїцидальні спроби найчастіше спостерігалися у чоловіків хворих на рекурентний депресивний розлад ($33,6 \pm 1,3$ % обстежених) та у жінок хворих на депресивний епізод БАР ($43,1 \pm 1,4 \pm 1,5$ %), суїцидальні рішення і наміри – у чоловіків хворих на депресивний епізод БАР ($43,2 \pm 1,4$ %) та жінок з рекурентним депресивним розладом ($41,1 \pm 1,4$ %), пасивні та активні суїцидальні думки стабільно виникали у

всіх обстежених. (рис. 2)

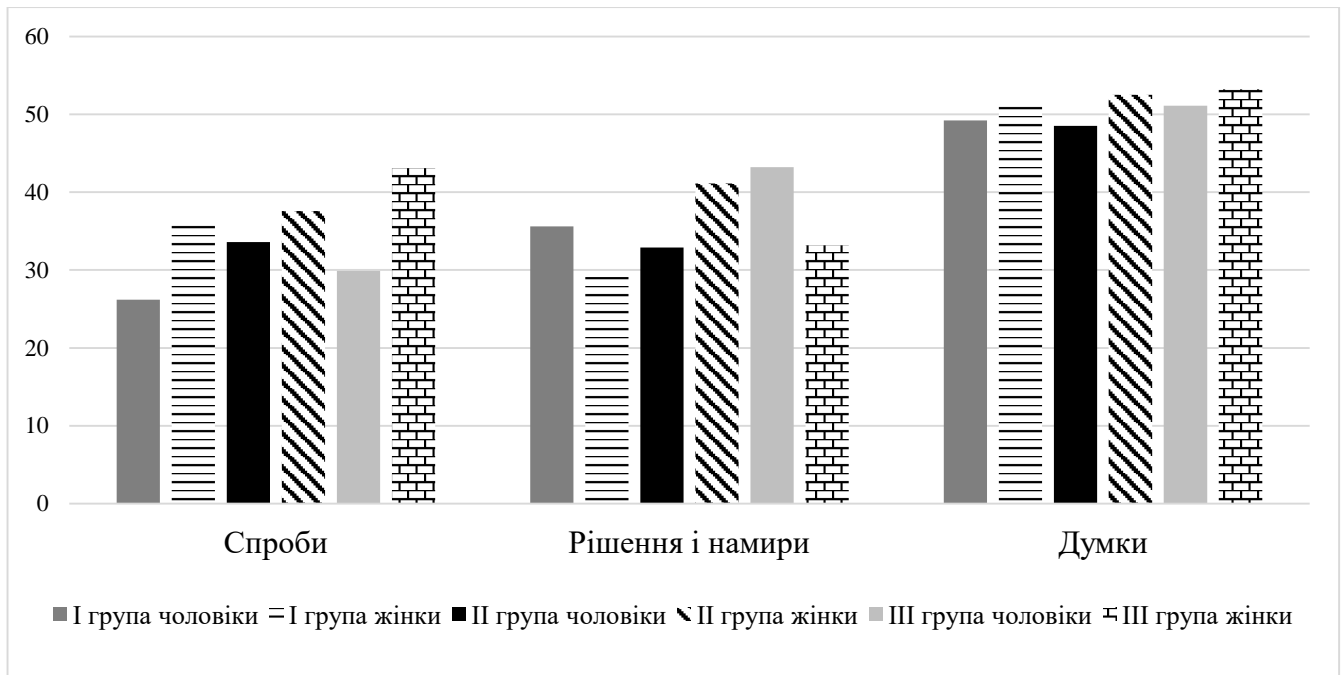


Рис. 2. Виразність суїцидальних тенденцій у обстежених хворих (%)

Аналіз вираженості суїцидального ризику показав переважання високого рівня суїцидального ризику у хворих III групи (48,5±1,4 % чоловіків та 50,2±1,5 % жінок), середнього рівня у хворих II групи (49,9±1,4 % чоловіків та 51,1±1,5 % жінок) та помірного рівня у хворих I групи (47,5±1,4 % чоловіків та 49,2±1,4 % жінок) у поєднанні з низьким рівнем самосвідомості смерті у 54,3±1,5 % чоловіків та 51,0±1,5 % жінок III групи; 48,5±1,4 % чоловіків та 44,8±1,4 % жінок II групи та 38,2±1,4 % чоловіків та 33,2±1,4 % жінок I групи.

Показники Колумбійської шкали серйозності суїцидальних намірів свідчать про переважання вкрай високого ризику суїцидальних дій у хворих III групи (39,8±1,3 % чоловіків та 43,2±1,4 % жінок), високо рівня ризику суїцидальних дій у хворих II групи (37,8±1,3 % чоловіків та 41,1±1,4 % жінок) та наявності суїцидальних намірів у хворих I групи (41,2±1,4 % чоловіків та 44,4±1,4 % жінок).

Аналіз вираженості аутоагресивних предикторів показав домінування важкого ступеня вираженості аутоагресії у хворих III групи (40,2±1,4 % чоловіків та 42,9±1,4 % жінок), високого рівня у хворих II групи (45,1±1,4 % чоловіків та 46,5±1,4 % жінок) та помірного рівня у хворих I групи (43,3±1,4 % чоловіків та 45,2±1,4 % жінок).

На підставі отриманих в ході роботи даних була розроблена і апробована персоналізована система терапії депресивних розладів та превенції суїцидальної поведінки з диференційованим використанням методів психофармакотерапії та психотерапії. (рис. 3)

Важливою складовою розробленої нами терапевтичної програми стала персоналізована психоосвіта, спрямована на надання хворим знань про особливості депресивних розладів та суїцидальну поведінку; залучення хворих до активної

участі в лікуванні та навчання методам опанування специфічними проблемами, обумовленими депресивним станом; зниження рівня стигматизованості та самостигматизованості; навчання навичкам подолання заглибленості у хворобу та суїцидальних тенденцій; корекція змінених депресивним розладом соціальних та родинних позицій хворих. (рис. 4)

	Чоловіки	Жінки
Депресивний епізод (F32.1, F32.2)	<u>Фармакотерапія:</u> Агомелатин, Селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну (сертралін) анксиолітики	
	<u>Психотерапія</u> з тривалістю програми 3 - 7 тижнів	
	КПТ «Аналіз переживань», КПТ «Поведінкова активація», Екзенстенціальна терапія	Індивідуальна кризова психотерапія, КПТ усвідомленості (mindfulness), Біосугесивна терапія
Рекурентний депресивний розлад (F33.1, F33.2)	<u>Фармакотерапія:</u> Комбіновані інгібітори зворотного захвату серотоніну та норадреналіну (венлафаксін, міртазапін), анксиолітики	
	<u>Психотерапія</u> з тривалістю програми 10 - 12 тижнів	
	КПТ усвідомленості (mindfulness), Особистісно-орієнтована психотерапія, Арт-терапія (малюнкові техніки)	КПТ румінацій Біосугесивна терапія Арт-терапія (малюнкові техніки)
Депресивний епізод БАР (F31.33, F31.34)	<u>Фармакотерапія:</u> Ламотріджин, солі вольпроївої кислоти, селективні інгібітори оборотного захвату серотоніну (сертралін)	
	<u>Психотерапія</u> з тривалістю програми 10 - 12 тижнів	
	КПТ «Оцінка емоцій» КПТ «Поведінкова активація» Короткотермінова психодинамічна психотерапія Арт-терапія (малюнкові техніки)	КПТ «Раціональні переконання» КПТ румінацій Тілесно-орієнтована психотерапія Арт-терапія (малюнкові техніки)

Рис. 3. Персоніфікована система терапії депресивних розладів та превенції суїцидальної поведінки

Психоосвітні заняття проводилися в закритих, з кількістю учасників від 10 до 15 чоловік, тривалістю 1,5 години 2 рази на тиждень. Тривалість програми складала 12 – 15 тижнів.

Реалізація модулів здійснювалися у формі тренінгів з використанням допоміжної візуальної інформації (інфографіка, презентації, фото, відеоматеріали)

та друкованої продукції (листівки, буклети, брошури). Крім того, пацієнтам та давалися домашні завдання (наприклад, самостійна підготовка їх уявлень про проблеми, з числа запланованих для обговорення в процесі групового заняття). В якості засобу моніторингу пацієнтам було запропоновано вести щоденник, в якому вони відображають динаміку стану і застосування на практиці отриманих знань.

	Чоловіки	Жінки
Депресивний епізод (F32.1, F32.2)	Інформаційний тренінг, Тренінг «Психологічний баланс», Тренінг «Відновлення»	Інформаційний тренінг, Тренінг «Опанування стресу», Тренінг «Рух вперед»
Рекурентний депресивний розлад (F33.1, F33.2)	Інформаційний тренінг, Тренінг усвідомлення власних почуттів, Тренінг жіттєстійкості	Інформаційний тренінг, Тренінг асертивності, Тренінг самоконтролю власного емоційного стану
Депресивний епізод БАР (F31.33, F31.34)	Інформаційний тренінг, Тренінг «Відомі особистості страждаючі на БАР», Тренінг адаптивного копіngu	Інформаційний тренінг Тренінг «Відомі особистості страждаючі на БАР», Тренінг аффіліації

Рис. 4. Персоніфікована психоосвітня програма

Ефективність розробленої комплексної персоніфікованої програми терапії депресивних розладів та превенції суїцидальної поведінки з використанням фармакотерапії, психотерапії та психоосвіти, здійснювалася у співставленні з традиційними заходами терапії депресивних розладів на підставі оцінки динаміки клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей хворих, якості їх життя та динаміки суїцидального ризику.

Як показали результати дослідження на тлі проведення розробленої персоніфікованої терапевтичної програми у хворих основної групи було досягнуто стійкого терапевтичного ефекту (позитивної динаміки депресивної симптоматики, підвищення психофізичної активності, якісна ресоціалізація хворих), який зберігався протягом двох років у 72,3±1,7 % чоловіків та 75,3±1,7 % жінок хворих на депресивний епізод, 65,2±1,6 % чоловіків та 68,1±1,6 % жінок хворих на рекурентний депресивний розлад, 63,2±1,6 % чоловіків та 65,4±1,6 % жінок хворих на депресивний епізод БАР; у порівнянні з контрольною групою – 35,2±1,6 % чоловіків та 37,2±1,3 % жінок з депресивним епізодом, 33,8±1,3 % чоловіків та 34,2±1,3 % жінок з рекурентним депресивним розладом та 31,9±1,3 % чоловіків та 32,8±1,3 % жінок з депресивним епізодом БАР. (рис.5)

У хворих основної групи відзначено достовірне зниження показників тривоги та депресії за госпітальною шкалою (71,9±1,7 % чоловіків и 69,5±1,6 % жінок хворих на депресивний епізод, 71,9±1,7 % чоловіків та 73,2±1,7 % жінок хворих на рекурентний депресивний розлад та 69,2±1,6 % чоловіків та 71,5±1,7 % жінок

хворих на депресивний епізод БАР); за шкалою Гамільтона ($72,2 \pm 1,7$ % чоловіків та $75,2 \pm 1,7$ % жінок; $69,9 \pm 1,6$ % чоловіків та $68,9 \pm 1,6$ % жінок; $71,2 \pm 1,7$ % чоловіків та $74,6 \pm 1,7$ % жінок відповідно) та шкали Монтгомері-Айсберга ($78,1 \pm 1,7$ % чоловіків та $72,9 \pm 1,7$ % жінок хворих на депресивний епізод; $69,9 \pm 1,6$ % чоловіків та $71,1 \pm 1,7$ % жінок хворих на рекурентний депресивний розлад; $65,1 \pm 1,6$ % чоловіків та $67,9 \pm 1,6$ % жінок хворих на депресивний епізод БАР). У хворих контрольної групи динаміка показників за психодіагностичними шкалами була незначною.

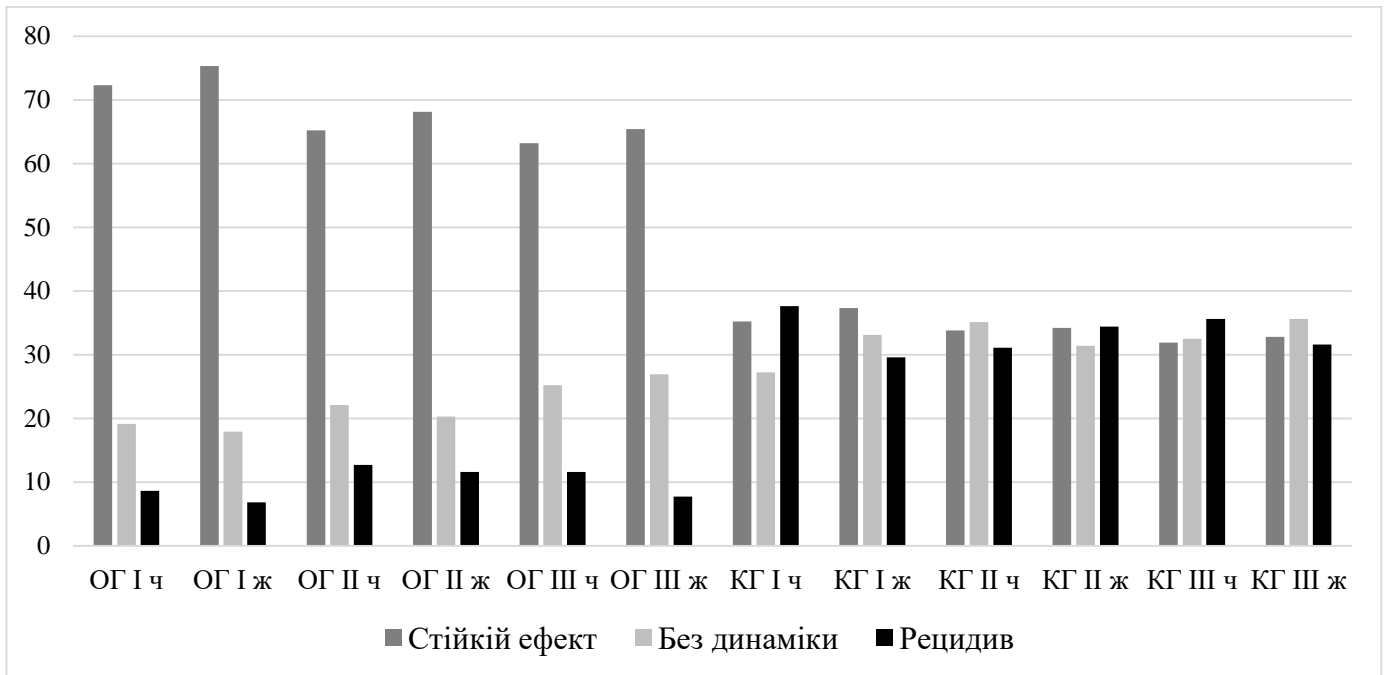
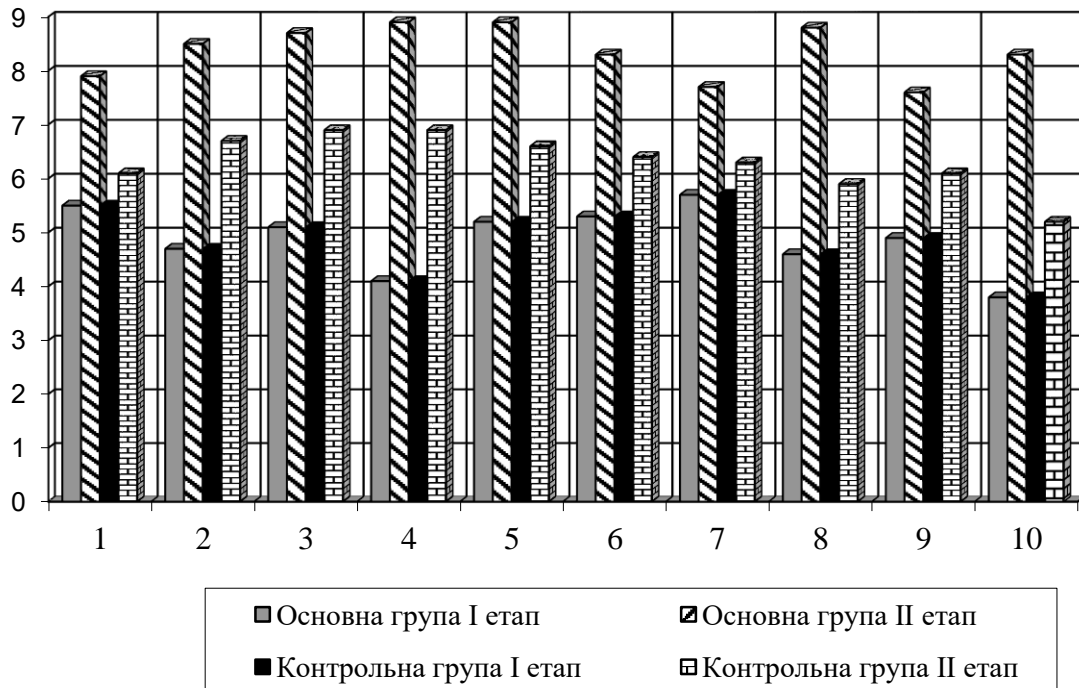


Рис. 5. Динаміка психопатологічної симптоматики під впливом комплексної терапії (%)

У ході роботи з позиції тріалогу була проведена оцінка якості життя хворих на депресивні розлади (за Н. О. Марутою, 2004). Як показали результати обстеження у загальній структурі якості життя на I етапі дослідження найбільш проблемними визначені для чоловіків наступні сфери: фізичне благополуччя та працездатність ($41,1 \pm 1,4$ % обстежених з депресивним епізодом, $44,5 \pm 1,4$ % з рекурентним депресивним розладом, $40,9 \pm 1,4$ % з депресивним епізодом БАР), суспільна і службова підтримка ($33,1 \pm 1,3$ %, $29,8 \pm 1,2$ % та $28,6 \pm 1,2$ % відповідно), самообслуговування та незалежність у діях ($41,1 \pm 1,4$ % обстежених з депресивним епізодом, $38,5 \pm 1,3$ % з рекурентним депресивним розладом, $39,8 \pm 1,3$ % з депресивним епізодом БАР), самореалізація ($55,2 \pm 1,5$ %, $48,9 \pm 1,4$ %, $51,1 \pm 1,5$ % відповідно), загальне сприйняття якості життя ($65,6 \pm 1,6$ % обстежених з депресивним епізодом, $69,2 \pm 1,6$ % з рекурентним депресивним розладом, $58,3 \pm 1,5$ % з депресивним епізодом БАР); загальне сприйняття якості життя ($71,1 \pm 1,7$ % обстежених з депресивним епізодом, $70,2 \pm 1,7$ % з рекурентним депресивним розладом, $66,9 \pm 1,7$ % з депресивним епізодом БАР).

На тлі проведення розробленої комплексної персоніфікованої програми терапії показник якості життя в основній групі за усіма шкалами підвищився в середньому на $42,1 \pm 1,4$ %; у контрольній – у середньому на $31,4 \pm 1,3$ %. (рис.6).



Умовні позначення шкал: 1 - фізичне благополуччя; 2 - психологічне благополуччя; 3 - самообслуговування і незалежність дій; 4 – працездатність; 5 - міжособистісна взаємодія; 6 - соціо-емоційна підтримка; 7 - громадська та службова підтримка; 8 - особистісна реалізація; 9 - духовна реалізація; 10 - загальне сприйняття якості життя

Рис. 6. Динаміка рівня якості життя у обстежених хворих на депресивні розлади в середньому по групах (%)

Проведене дворічне катамнестичне дослідження підтвердило ефективність розробленої персоніфікованої програми терапії депресивних розладів та профілактики суїцидальної поведінки у хворих основної групи – $82,3 \pm 1,8$ % чоловіків та $85,1 \pm 1,8$ % жінок хворих на депресивний епізод, $80,1 \pm 1,8$ % чоловіків та $82,2 \pm 1,8$ % жінок хворих на рекурентний депресивний розлад та $78,6 \pm 1,7$ % чоловіків та $79,9 \pm 1,7$ % жінок хворих на депресивний епізод БАР не здійснювали повторні суїцидальні спроби.

ВИСНОВКИ

1. У дисертаційному дослідженні здійснене теоретичне узагальнення та наведене нове вирішення актуальної наукової задачі – розробка персоніфікованої системи комплексної терапії депресивних розладів та профілактики суїцидальної поведінки та оцінки її ефективності.

2. В клініко-психопатологічній структурі депресивних розладів у чоловіків переважають тужливий (при депресивному епізоді – $33,1 \pm 1,3$ % та при рекурентному депресивному розладі – $29,8 \pm 1,2$ % обстежених) та сенесто-іпоходричний ($28,1 \pm 1,2$ % при депресивному епізоді БАР) варіанти клініко-патопсихологічної симптоматики; у жінок домінує тривожний ($33,5 \pm 1,3$ % хворих на депресивний епізод і $33,2 \pm 1,3$ % на рекурентний депресивний розлад) та апато-адінамічний ($26,9 \pm 1,2$ % хворих на депресивний епізод БАР) варіанти депресивної симптоматики.

3. Суїцидальні спроби найчастіше спостерігалися у чоловіків хворих на рекурентний депресивний розлад ($33,6 \pm 1,3$ % обстежених) та у жінок хворих на депресивний епізод БАР ($43,1 \pm 1,4 \pm 1,5$ %), суїцидальні рішення і наміри – у чоловіків хворих на депресивний епізод БАР ($43,2 \pm 1,4$ %) та жінок з рекурентним депресивним розладом ($41,1 \pm 1,4$ %), пасивні та активні суїцидальні думки стабільно виникали у всіх обстежених. При цьому у жінок незалежно від генезу депресивного розладу частіше спостерігається високий рівень суїцидального ризику, у чоловіків низький рівень самосвідомості смерті.

4. Психотерапевтична програма для хворих з депресивним епізодом включала індивідуальну та групову психотерапію з використанням у чоловіків – КПТ «Аналіз переживань», КПТ з використанням поведінкової активації, екзенстенціальної терапії; у жінок – індивідуальної кризової психотерапії, КПТ усвідомленості (mindfulness), біосугесивної терапії. Тривалість психотерапії становила 3 - 7 тижнів.

Психотерапевтична програма для хворих з рекурентним депресивним розладом включала індивідуальну та групову психотерапію з використанням у чоловіків КПТ усвідомленості (mindfulness), особистісно-орієнтованої психотерапії, арт-терапії; у жінок – КПТ румінацій, біосугесивної терапії, арт-терапії. Тривалість психотерапії становила 10 - 12 тижнів.

Психотерапевтична програма для хворих з депресивним епізодом БАР включала індивідуальну та групову психотерапію з використанням у чоловіків - КПТ «Оцінка емоцій», КПТ з використанням поведінкової активації, короткотермінової психодинамічної психотерапії, арт-терапії; у жінок – КПТ «Раціональні переконання», КПТ румінацій, тілесно-орієнтованої психотерапії, арт-терапії. Тривалість психотерапії становила 10 - 12 тижнів.

5. Психоосвітня програма включала обов'язкове використання інформаційного тренінгу у всіх хворих, а також при депресивному епізоду у чоловіків тренінгів «Психологічний баланс» та «Відновлення», у жінок – «Опанування стресу» та «Рух вперед». При рекурентному депресивному розладі у чоловіків – тренінгів «Усвідомлення власних почуттів» та життестійкості, у жінок – тренінгів асертивності та самоконтролю власного емоційного стану. При

депресивниму епізоді БАР у чоловіків – тренінгів «Відомі особистості страждаючі на БАР» та адаптивного копінгу, у жінок – «Відомі особистості страждаючі на БАР» та аффіліації.

6. На тлі проведення розробленої пресоніфікованої терапевтичної програми у хворих основної групи було досягнуто стійкого терапевтичного ефекту (позитивної динаміки депресивної симптоматики, підвищення психофізичної активності, якісна ресоціалізація хворих), який зберігався протягом 1 року у 72,3±1,7 % чоловіків та 75,3±1,7 % жінок хворих на депресивний епізод, 65,2±1,6 % чоловіків та 68,1±1,6 % жінок хворих на рекурентний депресивний розлад, 63,2±1,6 % чоловіків та 65,4±1,6 % жінок хворих на депресивний епізод БАР; у порівнянні з контрольною групою – 35,2±1,3 % чоловіків та 37,2±1,3 % жінок з депресивним епізодом, 33,8±1,3 % чоловіків та 34,2±1,3 % жінок з рекурентним депресивним розладом та 31,9±1,3 % чоловіків та 32,8±1,3 % жінок з депресивним епізодом БАР. Відмічена чітка позитивна динаміка за психодіагностичними шкалами. Встановлена позитивна динаміка показника якості життя хворих: підвищення в середньому на 66,1±1,6 % в основній групі та на 31,4±1,3 % контрольній групі.

7. Проведене дворічне катамнестичне дослідження підтвердило ефективність розробленої персоніфікованої програми терапії депресивних розладів та профілактики суїцидальної поведінки у хворих основної групи – 82,3±1,8 % чоловіків та 85,1±1,8 % жінок хворих на депресивний епізод, 80,1±1,8 % чоловіків та 82,2±1,8 % жінок хворих на рекурентний депресивний розлад та 78,6±1,7 % чоловіків та 79,9±1,7 % жінок хворих на депресивний епізод БАР не здійснювали повторні суїцидальні спроби.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. При динамічному спостереженні за хворими з депресивними розладами різного генезу та превенції суїцидальної поведінки необхідно враховувати що для хворих на депресивний епізод БАР притаманні високий рівень суїцидального ризику, вкрай високий ризик суїцидальних дії за Колумбійською шкалою та домінування важкого ступня виразності аутоагресивних предикторів; на рекурентний депресивний розлад – середній рівень суїцидального ризику, високий ризик суїцидальних дії за Колумбійською шкалою та високого рівня виразності аутоагресивних предикторів; на депресивний епізод – помірний рівень суїцидального ризику, наявність суїцидальних намірів за Колумбійською шкалою та помірного рівня вираженості аутоагресивних предикторів.

2. Терапевтична програма для хворих з депресивним епізодом повинна включати використання фармакотерапії - мелатонінергічного антидепресану агомелатину, селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну (сертралін) та анксиолітиків; гендерно обумовленої індивідуальної та групової психотерапії та психоосвіти.

Терапевтична програма для хворих з рекурентним депресивним розладом – використання фармакотерапії – комбінованих інгібіторів зворотного захвату

серотоніну та норадреналіну (венлафаксін, міртазапін), анксиолітиків; гендерно обумовленої індивідуальної та групової психотерапії та психоосвіти.

Терапевтична програма для хворих з депресивним епізодом БАР – фармакотерапія з використанням ламотриджину, вальпроатів, селективних інгібіторів оборотного захвату серотоніну (сертралін); гендерно обумовленої індивідуальної та групової психотерапії та психоосвіти.

3. Психоосвітні заняття для хворих на депресивні розлади необхідно проводити в закритих групах, з кількістю учасників від 10 до 15 чоловік, тривалістю 1,5 години 2 рази на тиждень. Тривалість психоосвітньої програми для хворих на депресивний епізод складає 8 - 10 тижнів, для хворих на рекурентний депресивний розлад та депресивний епізод БАР 12 - 15 тижнів.

ПЕРЕЛІК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Кожина А. М., Коростій В. І., Зеленська К. О., *Кольцова Г. Г.*, Хмаїн С. Х. Сучасні закономірності формування суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади // **Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Tavrca**. 2014. Том 18, №1 (66). С. 24-27. (Автором особисто запропоновано ідею роботи, здійснено аналіз отриманих даних, підготовлено матеріал до друку).

2. Зеленська К. О., *Кольцова Г. Г.* Клініко-психопатологічний аналіз сучасних депресивних розладів поєднаних з суїцидальною поведінкою у жінок // **ScienceRise: Medical Science**. 2017. № 12(20). С.39-42. (Автором особисто сформульовано гіпотезу роботи, проведено аналіз суїцидальної поведінки).

3. Кожина Г. М., Тахташова Д. Р., *Кольцова Г. Г.* Сучасна система психопрофілактики аутоагресивної поведінки у хворих на біполярний афективний розлад // **ScienceRise: Medical Science**. 2018. № 7(27). С. 55-58. (Автором особисто оброблено й проаналізовано емпіричний матеріал).

4. Тахташова Д. Р., Кожина Г. М., *Кольцова Г. Г.* Феноменологія аутоагресивної поведінки у хворих на біполярний афективний розлад. // **Архів психіатрії**. 2018. Т. 24. № 4 (95). С. 202-206. (Автором особисто сформульована проблема дослідження проведено аналіз суїцидальної поведінки хворих).

5. *Кольцова Г. Г.* Сучасна феноменологія депресивних розладів асоційованих з суїцидальною поведінкою у чоловіків // **Медицина сьогодні і завтра**. 2020. № 1 (86). С. 46-50.

6. *Кольцова Г. Г.* Гендерна специфіка депресивних розладів поєднаних з аутоагресивною поведінкою чоловіків // **Медицина сьогодні і завтра**. 2020. № 2 (87). С. 42-46.

7. *Кольцова Г. Г.* Персоніфіковані програми психотерапевтичної підтримки та профілактики суїцидальної поведінки у хворих з депресивними розладами // **Медична психологія**. 2020. № 1-2. С. 104-108.

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

8. Кожина А. М., Зеленская Е. А., *Кольцова Г. Г.* Современные подходы к психотерапии депрессивных расстройств, сопровождающихся суицидальным поведением // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю,

присвяченої 150-річчю курорту «Березівські мінеральні води» та 50-річчю кафедри психотерапії ХМАПО, Том 2 «Сучасні методи діагностики, лікування і реабілітації психічних і соматичних розладів психогенного походження (XV Платонівські читання)», м. Харків, 10-12 жовтня 2012 р.: тези доповідей. – Харків. 2012. С. 115-116. (Автором особисто сформульовано проблему дослідження, обґрунтовано використання психодіагностичного інструментарію, проаналізовано емпіричний матеріал).

9. *Кольцова Г. Г.* Депрессивные реакции у женщин молодого возраста, находящихся в местах лишения свободы // Тезисы научно-практической конференции с международным участием «Интеграция психиатрии, психотерапии и психологи в современную медицину», м. Ялта, 6-7 июня 2013 г.: Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Taurica. 2013. Том 17, №2 (63). С. 40.

10. *Кожина А. М., Коростій В. І., Зеленська К. О., Кольцова Г. Г., Хмаїн С. Х.* До проблеми формування суїцидальною поведінки при депресивних розладах в сучасних умовах. // Матеріали науково-практичної конференції «Інноваційні методи діагностики і лікування психічних і соматичних розладів психогенного походження (XVII Платонівські читання)», м. Харків, 16-17 жовтня 2014 р.: тези доповідей. – м. Харків. 2014. С. 62-63. (Автором особисто запропоновано ідею роботи, здійснено аналіз отриманих даних, підготовлено матеріал до друку).

11. *Кожина Г. М., Кольцова Г. Г.* Проблема суїцидальної поведінки хворих на депресивні розлади. // Збірник тез доповідей науково-практичної конференції за участю міжнародних спеціалістів присвячена засновнику вітчизняної та практичної психіатрії професору П.О. Бутковському «Актуальні питання сучасної психіатрії, наркології та неврології», м. Харків, 7-9 жовтня 2015 р.: тези доповідей. – Харків. 2015. С. 52-54. (Автором особисто проаналізовано та узагальнено основні аналітичні матеріали).

12. *Kozhyuna H., Leshchyna I., Koshchii V., Radchenko T., Koltsova G.* Psychoprophylaxis of autoaggressive behavior in patients with bipolar affective disorder. // The journal of the European psychiatric association. 2020. Vol. 63s. S. 67. (Автором особисто запропоновано ідею роботи, проаналізовано емпіричний матеріал).

Праці, які додатково відображають наукові результати дисертації

13. Пат. № 138313 (UA), МПК А61К 31/00 Спосіб лікування розладів адаптації зі змішаним порушенням емоцій та поведінки хворих, що скоїли суїцидальні дії. / *Кожина Г. М., Стрельнікова І. М., Зеленська К. О., Кольцова Г. Г.*; Харківський національний медичний університет; № u201904800; заявл. 06.05.2019; опубл. 25.11.2019. – 3 с. (Автором особисто запропоновано ідею роботи, здійснено аналіз отриманих даних, підготовлено матеріал до друку).

АНОТАЦІЯ

Кольцова Г.Г. Гендерно орієнтована психотерапія у комплексному лікуванні депресивних розладів різного генезу. – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеню кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». – Харків, 2021.

В ході роботи з метою розробки персоніфікованої системи комплексної терапії та профілактики суїцидальної поведінки і оцінки її ефективності на основі вивчення клініко-психопатологічних і патопсихологічних особливостей депресивних розладів, асоційованих з суїцидальною поведінкою проведено комплексне обстеження 147 хворих депресивні розлади (76 жінок і 71 чоловік), що асоційовані з суїцидальних поведінкою.

Відповідно до встановленого діагнозу хворі були розподілені на 3 клінічні групи: I – пацієнти з встановленим діагнозом депресивний епізод помірний або важкий без психотичних симптомів (F32.1, F32.2) II – рекурентний депресивний розлад триваючий епізод помірної ваги або важкий без психотичних симптомів (F33.1, F33.2), III – біполярний афективний розлад триваючий епізод помірної або важкої депресії без психотичних симптомів (F31.3, F31.34).

Основну групи (ОГ) склали 105 хворих (55 жінок та 50 чоловіків), які взяли участь в розробленій нами програмі превенції суїцидальної поведінки; контрольну (КГ) – 42 хворих (21 жінка та 21 чоловік), які отримували стандартну регламентовану терапію у лікарні.

Встановлено, що в клініко-психопатологічній структурі депресивних розладів у чоловіків переважали тужливий (при рекурентному депресивному розладі), тривожний (при депресивному епізоді БАР), апато-адинамічний (при депресивному епізоді) варіанти; у жінок домінували тужливий варіант (при депресивному епізоді), тривожний (при депресивному епізоді БАР) та сенесто-іпоходричний (при рекурентному депресивному розладі).

Встановлено, що суїцидальні спроби частіше здійснюють чоловіки хворі на рекурентний депресивний розлад та жінки хворі на депресивний епізод БАР, суїцидальні рішення і наміри частіше виникають у чоловіків хворих на депресивний епізод БАР та у жінок з рекурентним депресивним розладом, пасивні та активні суїцидальні думки стабільно виникають у всіх хворих незалежно від генезу депресивного розладу.

Розроблена і апробована гендерно персоніфікована система терапії депресивних розладів та превенції суїцидальної поведінки з диференційованим використанням методів психофармакотерапії, індивідуальної і групової психотерапії та психоосвіти.

Встановлена висока ефективність запропонованої терапевтичної програми – у хворих основної групи було досягнуто стійкого терапевтичного ефекту, який зберігався протягом 2 років.

Ключові слова: депресивні розлади, суїцидальна поведінка, фармакотерапія, психотерапія, психоосвіта, чоловіки, жінки.

АННОТАЦИЯ

Кольцова Г.Г. Гендерно ориентированная психотерапия в комплексном лечении депрессивных расстройств различного генеза. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.16 – психиатрия. ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины». – Харьков, 2021.

В ходе работы с целью разработки персонифицированной системы комплексной терапии и профилактики суицидального поведения и оценки ее эффективности на основе изучения клинико-психопатологических и патопсихологических особенностей депрессивных расстройств, ассоциированных суицидальным поведением проведено комплексное обследование 147 больных депрессивные расстройства (76 женщин и 71 мужчина), которые ассоциированные с суицидальным поведением.

Согласно установленного диагноза больные были распределены на 3 клинические группы: I – пациенты с установленным диагнозом депрессивный эпизод умеренный или тяжелый без психотических симптомов (F32.1, F32.2) II – рекуррентный депрессивное расстройство, продолжающийся эпизод умеренной тяжести или тяжелое без психотических симптомов (F33.1, F33.2), III – биполярное аффективное расстройство, продолжающийся эпизод умеренной или тяжелой депрессии без психотических симптомов (F31.3, F31.34)

Основную группу (ОГ) составили 105 больных (55 женщин и 50 мужчин), принявших участие в разработанной нами программе превенции суицидального поведения; контрольную (КГ) – 42 больных (21 женщина и 21 человек), получавшие стандартную регламентированную терапию в больнице.

Установлено, что в клинико-психопатологической структуре депрессивных расстройств у мужчин преобладали тоскливый (при рекуррентном депрессивном расстройстве), тревожный (при депрессивном эпизоде БАР), апато-адинамичный (при депрессивном эпизоде) варианты; у женщин доминировали тоскливый вариант (при депрессивном эпизоде), тревожный (при депрессивном эпизоде БАР) и сенесто-ипоходрический (при рекуррентном депрессивном расстройстве).

Установлено, что суицидальные попытки чаще совершают мужчины больные рекуррентным депрессивным расстройством и женщины больные депрессивным эпизодом БАР, суицидальные решения и намерения чаще возникают у мужчин больных депрессивным эпизодом БАР и у женщин с рекуррентным депрессивным расстройством, пассивные и активные суицидальные мысли стабильно возникают в всех больных независимо от генеза депрессивного расстройства.

Разработана и апробирована гендерно персонифицированная система терапии депрессивных расстройств и превенции суицидального поведения с дифференцированным использованием методов психофармакотерапии, индивидуальный и групповой психотерапии и психообразования.

Установлена высокая эффективность предложенной терапевтической программы – у больных основной группы было достигнуто стойкого терапевтического эффекта, который сохранялся в течение 2 лет.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, суицидальное поведение, фармакотерапия, психотерапия, психообразование, мужчины, женщины.

ANNOTATION

Koltsova H.H. Gender-oriented psychotherapy in complex treatment of depressive disorders of different genesis. – Manuscript.

Thesis on competition for a scientific degree of the Candidate of Medical Sciences on a specialty 14.01.16 – Psychiatry. State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine". – Kharkiv, 2021.

The aim of present research was to study the clinical psychopathological and pathopsychological features of depressive disorders associated with suicidal behavior, to develop a personalized system of complex therapy and prevention of suicidal behavior, to evaluate its effectiveness. A comprehensive survey of 147 patients with depressive disorders (76 females and 71 males) associated with suicidal behavior was conducted.

According to the established diagnosis, patients were divided into 3 clinical groups: I – patients diagnosed with a moderate or severe depressive episode without psychotic symptoms (F32.1, F32.2), II – recurrent depressive disorder moderate or severe episode without psychotic symptoms (F33.1, F33.2), III – bipolar disorder current episode of moderate or severe depression without psychotic symptoms (F31.3, F31.34).

The main group (MG) consisted of 105 patients (55 females and 50 males), who participated in our program of suicide prevention; control group (CG) – 42 patients (21 women and 21 men), who received standard regulated therapy in the hospital.

It was found that the clinical and psychopathological structure of depressive disorders in men were dominated by sad (in recurrent depressive disorder), anxious (in a depressive episode of bipolar disorder), apatho-adyndamic (with a depressive episode) types; in women the sad (in a depressive episode), anxious (in a depressive episode of bipolar disorder) and senesto-hypochondriac (in a recurrent depressive disorder) variants were dominated.

It has been established that suicidal attempts are more often performed by men with recurrent depressive disorder and women with depressive episode of bipolar disorder, suicidal decisions and intentions occur more often in men with depressive episode of bipolar disorder and in women with recurrent depressive disorder, passive and active suicidal thoughts consistently occur in all patients regardless of the genesis of depressive disorder.

A gender-personified system of therapy for depressive disorders and prevention of suicidal behavior with differentiated use of psychopharmacotherapy, individual and group psychotherapy and psychoeducation has been developed and tested.

The high efficiency of the offered therapeutic program is established, patients of the main group were reached the steady therapeutic effect, which remained within 2 years.

Keywords: depressive disorders, suicidal behavior, pharmacotherapy, psychotherapy, psychoeducation, men, women.