

3. Ковалева Л.М. Исследование особенностей проявления стрессовых состояний студентов медицинских колледжей в период их профессиональной подготовки. *Психологічні аспекти педагогіки і освіти. Вісник СевНТУ. Вип. 104: Педагогіка: зб. наук. пр. – Севастополь: Вид-во СевНТУ, 2010. – С. 103–107.*
4. Евдокимова Я.Г. Интерперсональные факторы эмоциональной дезадаптации у студентов: дис. ... канд психол. наук. – М., 2008. – 175с.
5. Брагина К.Р. Тревожная и депрессивная симптоматика в рамках невротических и адаптационных расстройств у студентов-медиков на разных этапах обучения // *Вісник Вінницького держ. мед. ун-ту.* – 2003. – Т. 7, вип. 2/2. – С. 849–851.
6. Форня Ю. Исследование психического и социального здоровья студентов стоматологического факультета ГУМФ им. Николая Тестемичану // *Матер. XLVII Междунар. науч.-практ. конф. «Человек в условиях интенсификации межличностных взаимоотношений».* – Лондон, 2013. – С. 11–14.
7. Данилевич Л.А. Перфекціонізм як особистісний чинник академічної обдарованості студентів : автореферат дис. ... канд. психол. наук : спец. 19.00.01 «Загальна психологія, історія психології». – К., 2010. – 20 с.
8. Гаранян Н.Г, Андрусенко Д.А., Хломов И.Д. Перфекционизм как фактор студенческой дезадаптации // *Психологическая наука и образование.* – 2009. – №1. – С. 72–81.
9. Абасова Г.Б., Диханбаева Г.А., Абдихадирова А. Проблема тревожно-депрессивных расстройств у студентов высшего учебного медицинского заведения. – *Шимкент*, 2012.
10. Трапезникова М.В. Системный подход в оценке адаптации студентов 1–2-го курса медицинского вуза: дисс. ... канд. мед. наук. – Рязань, 2011. – 196 с.
11. Dahlin M.E., Runeson B. Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study // *BMC Medical Education.* – 2007. – Vol. 7. – P. 6.
12. Firth-Cozens J. Individual and organizational predictors of depression in general practitioners // *Br. J. Gen. Pract.* – 1998. – Vol. 48. – P. 1647–1651.
13. Бусловская Л.К., Рыжкова Ю.П. Адаптация и дезадаптация студентов-первокурсников университета // *Вопросы современной науки и практики.* – 2007. – №4 (10). – С. 106–116.
14. Осипова Е.В. Социокультурные различия мотивации здоровье-сберегающего поведения: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – М., 2011. – 26 с.
15. Кирюшин В.А., Лобанов С.П., Стунеева Г.И. Динамика психофизиологических показателей у студентов // *Гигиена и санитария.* – 2003. – №1. – С. 47–49.
16. Sevelev M., Rice K. Perfectionism, Depression, Anxiety and Academic Performance in Premedical Students // *Canadian Medical Education Journal.* – 2010. – Vol. 1 (2). – P. e96–104.
17. Dunkley D., Zuroff D., Blankstein K. Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping // *J. Pers. Soc. Psychol.* – 2003. – Vol. 84. – P. 234–252.
18. Rice K., Mirzadeh S. Perfectionism, attachment, and adjustment // *J. Couns. Psychol.* – 2000. – Vol. 47. – P. 238–250.
19. Bimanand L., Sayehmiri K., Payman H., Khosravi A. The Relationship between Perfectionism and Depression with Academic Achievement among the Students of Ilam University of Medical Sciences // *Life Science Journal.* – 2012. – Vol. 9 (2). – P. 567–570.
20. Tyssen R., Dolatowski F., Rovik J. et al. Personality traits and types predict medical school stress: a six-year longitudinal and nationwide study // *Med. Ed.* – 2007. – Vol. 41. – P. 781–787.
21. Enns M., Cox B., Sareen J., Freeman P. Adaptive and maladaptive perfectionism in medical students: a longitudinal investigation // *Med. Ed.* – 2001. – Vol. 35. – P. 1034–1042.
22. Burns J.L., Lee R.M., Brown L.J. The Effect of Meditation on Self-Reported Measures of Stress, Anxiety, Depression and Perfectionism in a College Population // *J. of College Student Psychotherapy.* – 2011. – Vol. 25. – P. 132–144.
23. Ларских М.В., Ларских С.В. Связь между перфекционизмом и депрессией у студентов ВГМА // *Прикладные информ. аспекты медицины.* – 2012. – Т. 15, №1. – С. 10.
24. Ларских М.В., Ларских С.В. Использование православной психологии при формировании конструктивного перфекционизма студента медицинской академии // *Прикладные информ. аспекты медицины.* – 2013. – Т. 16, №1.

К ПРОБЛЕМЕ ФОРМИРОВАНИЯ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У СТУДЕНТОВ С ПЕРФЕКЦИОНИЗМОМ В МЕДИЦИНСКИХ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ

Н.Г. Пшук, М.В. Коваленко, И.В. Коваленко

Перфекционизм является личностным фактором, который влияет на адаптацию студентов, определяет уровень стрессоустойчивости, формирования адаптивных или дезадаптивных копинг-стратегий, развитие тревожных и депрессивных расстройств, приводит к социальной фрустрации.

Ключевые слова: перфекционизм, копинг-стратегия, стресс.

CONCERNING THE PROBLEM OF THE FORMATION OF COPING STRATEGIES STUDENTS WITH PERFECTIONISM IN MEDICAL UNIVERSITY

N.G. Pshuk, M.V. Kovalenko, I.V. Kovalenko

Perfectionism is a personality factor which affect the adaptation of students, determines the level of resistance to stress, the formation of maladaptive coping or adaptive strategies, the development of anxiety and depression, leads to social frustration.

Key words: perfectionism, coping strategy, stress.

УДК 616.89 – 008.454-055.2:615.851

Л.О. Герасименко

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ТА ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ ПРИ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ У ЖІНОК ІЗ СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Вивчено ефективність використання когнітивно-поведінкової психотерапії у комплексі терапевтичних заходів у жінок з тривожно-депресивним розладом та соматичною патологією на фоні призначення стандартних процедур лікування. Оцінка відбувалась шляхом порівняння ефективності лікування та частоти рецидивів протягом року в осіб, які отримували різний обсяг психотерапевтичної допомоги. Доведено, що комплексне лікування пацієнтів, спрямоване насамперед на усунення тривожно-депресивної симптоматики, відновлення їх соціально-психологічного функціонування сприяло покращенню загальної ефективності лікування, зменшило ризик виникнення рецидивів тривожно-депресивного розладу.

Ключові слова: тривожно-депресивний розлад, раціональна психотерапія, когнітивно-поведінкова психотерапія.

Останнім часом серед науковців спостерігається зростання зацікавленості проблемою тривожних і депресивних розладів, у тому числі серед пацієнтів терапевтичного профілю [10]. Щороку у світі кількість де-

пресій зростає, що призводить до економічних збитків та надає цій проблемі, поряд із медичним, важливого соціального значення [2, 6]. Зацікавленість проблемою розладів тривожно-депресивного спектра при різнома-

нітній соматичній патології визначається їх поширеністю, соціальною значимістю, впливом на працездатність, а також результатами наявних клінічних, нейрохімічних, нейрофізіологічних досліджень, які свідчать про спільність деяких патогенетичних механізмів цієї патології [4].

Окрім клінічної значимості тривожно-депресивної симптоматики важливим є її негативний вплив на перебіг соматичних захворювань та серйозні соціально-економічні наслідки внаслідок росту поширеності і тяжкості відповідних захворювань. Згадані тенденції відображені в актуальних клінічних і фармакоепідеміологічних дослідженнях, покликаних детальніше дослідити клінічні аспекти цієї патології та знайти нові шляхи терапії, які будуть здатні підвищити її ефективність і безпечність [3].

Депресія – психопатологічний стан, який характеризується поєднанням пригніченого настрою, зниженням психічної та рухової активності із соматичними вегетативними симптомами.

Тривога – це негативне емоційне переживання, обумовлене очікуванням чогось небезпечного, яке має дифузний характер та не пов'язано з конкретною подією.

Все більшу увагу привертає поєднання тривоги та депресії. У сучасній Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) та Керівництві з діагностики і статистики психічних розладів (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, DSM-IV) це відтворюється як два різні клінічні феномени, але водночас наявне існування тривожно-депресивного розладу (рубрика F41 у МКХ-10). За даними останніх досліджень вітчизняних та зарубіжних вчених, тривога та депресія є коморбідними [7, 8]. За даними ВООЗ, на початок ХХІ сторіччя питома частка депресивних та тривожних розладів складає близько 40% в загальній структурі психічної патології [1].

Тривога є невід'ємною складовою клінічної картини багатьох психічних, неврологічних та соматичних розладів. Відомо, що на тривожно-депресивні розлади частіше хворіють жінки. Такі розлади впливають на якість життя пацієнтів, порушують сімейні стосунки, сексуальну гармонію, фізичну, психічну та соціальну адаптацію, негативно впливають на перебіг супутньої соматичної патології. Це зумовлює необхідність подальших наукових розробок з цієї проблеми для своєчасного виявлення, призначення та вдосконалення комплексної терапії у пацієнтів з тривожно-депресивними розладами [5, 9, 11].

Метою цього дослідження стало напрацювання і вивчення ефективності використання комплексу діагностичних, терапевтичних та психотерапевтичних заходів із застосуванням когнітивно-поведінкової психотерапії при тривожно-депресивних розладах у жінок із різноманітною соматичною патологією.

На базі Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О.Ф. Мальцева проведено комплексне клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне, психодіагностичне та соціологічне обстеження 88 пацієнтів-жінок з діагнозом тривожно-депресивний розлад (F41.2). Усі пацієнти дали письмову інформовану згоду

на участь у дослідженні. З метою оцінки вираженості депресивної симптоматики використовували шкалу депресії Гамільтона, а для вивчення тривожної симптоматики – шкалу Спілберґера–Ханіна. Соціально-демографічний метод (розподіл за сімейним станом, рівнем освіти, професійною діяльністю, матеріально-побутовими умовами тощо) використовували для аналізу впливу даних чинників на формування депресивних та тривожних розладів.

Вік пацієнтів коливався від 29 до 57 років включно. Переважали хворі у віці 32–44 роки. Більшість обстежених проживали у місті – 56,8%, у сільській місцевості мешкали 43,2% обстежених. За сімейним статусом пацієнти розподілилися таким чином: перший шлюб – 45,6%, повторний шлюб – 33,6%, громадянський шлюб – 11,7%, самотні (розлучені, вдови) – 9,1%. Значна частина обстежених мали середню та середню спеціальну освіту – 27,9% і 29,3%, вищу та неповну вищу освіту мали 14,9% та 27,9% обстежених відповідно. Працювали 79,2%, пенсіонерів було 14,9%, безробітних – 5,9%.

На патологію травної системи страждали 56,8% обстежених, 34,1% мали захворювання серцево-судинної системи, у 9,1% пацієнтів були порушення дихальної системи.

Пацієнти були поділені на основну (60 жінок) та контрольну (28 жінок) групи із максимально можливим збереженням співвідношень соматичної патології та соціально-демографічних показників. Пацієнти контрольної групи отримували стандартне комплексне лікування, а в основній групі, окрім комплексу стандартних методів лікування, використовували когнітивно-поведінкову психотерапію.

Ми прагнули дослідити та оцінити ефективність використання когнітивно-поведінкової психотерапії у комплексі терапевтичних заходів у жінок з тривожно-депресивним розладом та соматичною патологією на фоні призначення стандартних процедур лікування. Оцінювання відбувалось шляхом порівняння ефективності лікування та частоти рецидивів протягом року в осіб, які отримували різний обсяг психотерапевтичної допомоги.

Лікування пацієнтів було спрямовано насамперед на усунення тривожно-депресивної симптоматики, відновлення їх соціально-психологічного функціонування.

Когнітивна психотерапія, запропонована Аароном Беком у 1979 році (Aaron Beck, 1979), є короткочасною структурованою терапією, що активно використовує співпрацю між лікарем та пацієнтом для досягнення терапевтичних цілей. Завдяки цьому вона стала одним із ключових елементів у роботі з цими пацієнтами. У процесі нашої співпраці з пацієнтами особлива увага зверталась на такі основні процеси.

1. Усвідомлення впливу думок на емоції та поведінку.
2. Навчання виявленню негативних автоматичних думок і спостереженню за ними.
3. Дослідження негативних автоматичних думок і аргументів, їх підтвердження і спростування («за» і «проти»).

Таблиця. Ефективність застосування когнітивно-поведінкової психотерапії при тривожно-депресивних розладах у жінок із соматичною патологією

Результат обстеження	Ремісія, %	Виражене покращення, %	Незначне покращення, %	Відсутність ефекту, %
Після завершення терапії, основна група	85,0	13,3	1,7	0
Після завершення терапії, група порівняння	71,4	17,9	10,7	0
Через 6 місяців після завершення терапії, основна група	78,3	16,7	1,7	3,3
Через 6 місяців після завершення терапії, група порівняння	53,6	32,2%	7,1	7,1
Через 12 місяців після завершення терапії, основна група	76,7	15,0	3,3	5,0
Через 12 місяців після завершення терапії, група порівняння	50,0	28,6	14,3	7,1

4. Заміна помилкової когніції на раціональніші думки.

5. Виявлення і зміна дезадаптивних переконань, які формують сприятливий ґрунт для когнітивних помилок.

Психотерапію застосовували у комплексі лікувальних впливів патогенетично і індивідуально обґрунтовано, із поєднанням індивідуальних та групових форм роботи. Поставлені завдання реалізовували у певній послідовності, що забезпечувала максимально ефективно поєднання елементів раціональної та когнітивно-поведінкової психотерапії.

I етап. «Оцінка психоемоційного стану».

II етап. «Формування психотерапевтичного альянсу».

III етап. «Медико-психологічна реабілітація».

IV етап. «Психологічний супровід та аналіз ефективності можливого позитивного результату». Провідним призначенням цього етапу було закріплення досягнутого позитивного результату, формування навичок психічної саморегуляції, формування системи життєвих цілей, цінностей, ставлення до захворювання та навколишнього середовища.

Із пацієнтами проводили сеанси індивідуальної раціональної психотерапії, у тому числі за умови зустрічей у процесі повсякденних контактів лікаря із пацієнтом. Такі обставини психотерапевтичного процесу мали бути покликані сприяти максимально активній участі пацієнта у лікувально-діагностичних заходах, підвищувати особисту відповідальність пацієнта за ефективність здійснюваних впливів.

Базовими елементами тривожно-депресивного синдрому, як правило, є невпевненість у собі і атрибуція ворожості, негативне ставлення до себе і навколишнього. Тому психотерапевтичні заняття мали важливе значення, виконуючи для пацієнтів стимулюючу роль, впливаючи на такі переживання як неспроможність і втрата самоконтролю. Велика увага надавалась підвищенню самоповаги хворих, створенню умов для відчуття ними своєї активної позиції у лікувально-реабілітаційному процесі, потенціювання готовності до ще ретельнішого виконання вимог терапевтичного режиму. Важливим результатом було набуття ефективних прийомів опосередкованого психокорекційного впливу як на родичів хворого, так і на пацієнтів із схожими проблемами, які його оточують, особливо зарахованих до однієї психотерапевтичної групи.

Заняття у психотерапевтичних групах сприяли виникненню і закріпленню у пацієнтів почуття належності до групи. Такі відчуття породжують ефект захищеності, безпеки через належність до доброзичливо налаштованої групи. Окрім того, відбувається зміна уявлень про неповторність і винятковість свого захворювання. Таким чином, психотерапевтичний ефект спрямовується на базові елементи тривоги, внаслідок чого відбувається зменшення пов'язаного із цим напруження, формується переоцінка ставлення до своєї хвороби, зміцнення віри в успіх лікування, підвищення самооцінки, формування адекватних життєвих планів.

Психотерапевтична стратегія реалізовувалась не лише стосовно самого хворого, а й спрямовувалась на найближче соціальне оточення, особливо сім'ю, котра стає однією із головних мішеней дезадаптації, що є наслідком соматичної і психічної патологій пацієнтів. Окрім корекції актуального стану відбувалось моделювання, спрямоване на профілактичні цілі, ретельно враховувалась динаміка психопатологічних розладів і пов'язаних із ними змін внутрішньої картини хвороби та стереотипів поведінки у соціальному оточенні.

Тривалість психотерапевтичної роботи складала в середньому близько 6 місяців. Протягом цього часу, використовуючи прийоми, які покладені на перетині когнітивізму, біхевіоризму і психоаналізу, ми прагнули допомогти пацієнтам здобути навички отримання задоволення, закріплення нових знань та здобуття самоповаги. Широко використовували методи відволікання та рольові ігри. Ці методики ми застосовували із поступовим ускладненням та закріпленням завдань. Пацієнтам також пропонували домашні завдання у вигляді «щоденників», що сприяло розвитку самоконтролю та напрацюванням навичок самостійного подолання труднощів.

Комплекс обстежень проводили на консультативному огляді, після закінчення лікування та у віддаленому періоді (через 6 та 12 місяців). Для поточної оцінки клінічного ефекту застосованої терапії обстежували пацієнтів за допомогою шкали Гамільтона на 0, 7, 14, 28, 35, 42 день від моменту початку терапії. Редукцію симптоматики до 9 і менше балів оцінювали як рівень ремісії, редукцію балів на 50% та більше – як виражене покращення, редукцію симптоматики на 25–49% – як незначне покращення, редукцію симптоматики менше ніж 25% – як відсутність ефекту або ж рецидив захворювання (таблиця).

Внаслідок проведеної психокорекційної роботи змінилися показники за шкалою Спілбергера–Ханіна та за шкалою Гамільтона: вирівнялися критерії співвідношення суб'єктивної та об'єктивної оцінок, знизився рівень показників, які вказували на позитивне встановлення комплаєнсу між пацієнтом і лікарем, підвищилася мотивація до діяльності у хворих.

Необхідно зазначити, що використання когнітивно-поведінкової психотерапії у комплексному лікуванні тривожно-депресивного розладу сприяє покращенню загальної ефективності лікування. Дані проведеного дослідження свідчать, що використання когнітивно-поведінкової психотерапії зменшує ризик виникнення рецидивів тривожно-депресивного розладу, що необхідно враховувати при подальшому лікуванні цієї категорії пацієнтів.

Список використаної літератури

1. Александров А. А. Современная психотерапия : курс лекций / А. А. Александров. – СПб. : Академический проект, 1997. – 335 с.

2. Венгер О. П. Влияние социальных факторов на развитие неврастенности, диссоциативных та тривожно-фобичних розладів : автореф. дис на здобуття наукового ступеня канд. медичн. наук : 14.01.16 / О. П. Венгер – Харків, 2003. – 20 с.
3. Кожина Г. М. Сучасні підходи до терапії депресивних розладів / Г. М. Кожина, К. О. Зеленська // Український вісник психоневрології. – 2013. – № 21 – С. 90–94.
4. Патопсихологические особенности формирования депрессивных расстройств у женщин с сексуальными нарушениями / Е. В. Кришталь [и др.] // Медицинская психология. – 2012. – № 7 – С. 8–11.
5. Проскурина Т. Ю. Особенности лечения депрессивных невротичних розладів, коморбідних з тривогою, у підлітків / Т. Ю. Проскурина // Український вісник психоневрології. – 2009. – № 17 – С. 48–52.
6. Психотерапія при неспихотичних психічних розладах тривожно-депресивного спектра (когнітивно-реверсивний підхід) / М. В. Маркова [та ін.] // Журнал психіатрії та медичної психології. – 2008. – № 2 (19). – С. 25–31.
7. Психотерапія / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, С. И. Витенко, В. В. Чугунов. – Харьков : ОКО, 2002. – 761 с.
8. Пушкарёва Т. Н. Распространённость и клинико-психопатологические характеристики депрессивных и тревожных расстройств неспихотического уровня у женщин в период беременности / Т. Н. Пушкарёва // Архів психіатрії. – 2005. – № 11 – С. 59–65.
9. Табачников А. Е. Бихевиоризм и поведенческая терапия (философская и психологическая модели) / А. Е. Табачников, В. С. Табачникова // Архів психіатрії. – 2010. – № 15, Т. 2 (61) – С. 181–188.
10. Уманский С. В. Организация психотерапевтической помощи в общесоматической клинике / С. В. Уманский // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 2011. – № 111 (3) – С. 67–72.
11. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз / В. В. Чугунов – Харьков : Наука, 2010. – 304 с.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД И ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ЖЕНЩИН С СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Л. А. Герасименко

Изучена эффективность использования когнитивно-поведенческой психотерапии в комплексе терапевтических мероприятий у женщин с тревожно-депрессивным расстройством и соматической патологией на фоне назначения стандартных процедур лечения. Оценка происходила путем сравнения эффективности лечения и частоты рецидивов в течение года у лиц, получавших различный объем психотерапевтической помощи. Доказано, что комплексное лечение пациентов направлено прежде всего на устранение тревожно-депрессивной симптоматики, восстановление их социально-психологического функционирования способствовало улучшению общей эффективности лечения, уменьшило риск возникновения рецидивов тревожно-депрессивного расстройства.

Ключевые слова: тревога, депрессия, рациональная психотерапия, когнитивная психотерапия.

MODERN APPROACH AND FEATURES OF COGNITIVE & BEHAVIORAL THERAPY FOR ANXIETY & DEPRESSIVE DISORDERS IN WOMEN WITH SOMATIC PATHOLOGY

L. Herasyenko

Effectiveness of the use of cognitive & behavioral therapy in the complex therapeutic interventions in women with anxiety & depressive disorder and somatic pathology background on purpose standard treatment procedures was researched. Assessment was realized by comparing the effectiveness of treatment and the frequency of relapses during the year in individuals receiving different amounts of psychotherapeutic help. It was proved, that a complex treatment of patients is primarily aimed at eliminating anxiety and depressive symptoms, restore their social & psychological functioning contributed to improving the overall effectiveness of treatment, reduced the risk of recurrence of anxiety & depressive disorder.

Key words: anxiety, depression, rational psychotherapy, cognitive psychotherapy.