

*Т. В. Панько, В. Ю. Федченко, Г. Ю. Каленська, О. С. Марута*  
**КОМПЛЕКСНА ПСИХОТЕРАПІЯ ТРИВОЖНОЇ ДЕПРЕСІЇ**

*T. V. Pan'ko, V. Yu. Fedchenko, G. Yu. Kalenska, O. S. Maruta*  
**КОМПЛЕКСНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНОЙ ДЕПРЕССИИ**

*T. V. Pan'ko, V. Yu. Fedchenko, G. Yu. Kalenska, O. S. Maruta*  
**AN INTEGRATED THERAPY OF ANXIOUS DEPRESSION**

За результатами комплексного обстеження хворих на тривожну депресію виокремлені клініко-психопатологічні та патопсихологічні «мішені» психотерапевтичного впливу, які характеризувалися наявністю тривожного, фобичного, соматовегетативного та іпохондричного компонентів. Розроблений алгоритм психотерапії, яка проводилася в 3 етапи: седативно-підтримуючий (3—4 заняття), лікувально-стабілізуючий (8—10 занять), адаптаційно-профілактичний (3—4 заняття). Психотерапевтичний підхід був комплексним та включав техніки когнітивно-поведінкової, сімейної та особистісно-орієнтованої психотерапії, що проводилася у формі індивідуальних і групових занять. Найбільш ефективною виокремлена когнітивно-поведінкова психотерапія, що дозволила досягти у пацієнтів раціонально-логічної переробки тривожних настанов, сформувати реалістичні перспективи, чіткі уявлення про власну хворобу та можливості терапевтичного втручання. Розроблений комплекс психотерапевтичного втручання показав високу ефективність.

**Ключові слова:** тривожна депресія, комплексна психотерапія, когнітивно-поведінкова психотерапія

В результате комплексного обследования больных с тревожной депрессией выделены клинико-психопатологические и патопсихологические «мишени» психотерапевтического воздействия, которые характеризовались наличием тревожного, фобического, соматовегетативного и ипохондрического компонентов. Разработан алгоритм психотерапии, включающей 3 этапа: седативно-поддерживающий (3—4 занятия), лечебно-стабилизирующий (8—10 занятий), адаптационно-профилактический (3—4 занятия). Психотерапия носила комплексный характер и включала техники когнитивно-поведенческой, семейной и личностно-ориентированной психотерапии, проводилась в форме индивидуальных и групповых занятий. Наиболее эффективной выделена когнитивно-поведенческая психотерапия, которая позволила достичь у пациентов рационально-логической переработки тревожных установок, сформировать реалистичные перспективы, четкие представления о собственной болезни и возможностях терапевтического вмешательства. В структуре когнитивно-поведенческой терапии использовались специфические техники на каждом этапе психотерапевтического влияния. Разработанный комплекс психотерапевтического вмешательства показал высокую эффективность.

**Ключевые слова:** тревожная депрессия, комплексная психотерапия, когнитивно-поведенческая психотерапия

An integrated examination of patients with anxiety depression resulted in detection of clinical-psychopathological and pathopsychological targets for a psychotherapeutic intervention. These targets were characterized by presence of anxious, phobic, somato-vegetative, and hypochondriac components. It was developed an algorithm of psychotherapy including 3 stages: sedative-maintaining (3—4 sessions), treatment-stabilizing (8—10 sessions), and adjustment-preventive (3—4 sessions). The psychotherapy was integrated and included methods of cognitive-behavioral, family, and personality-oriented psychotherapies. It was conducted as individual and group sessions. Cognitive-behavioral psychotherapy was the most effective. It allowed achieving a rational-logical refining of anxious statements in patients, to form their clear ideas about their illness and possibilities of therapeutic interventions. In the structure of the cognitive-behavioral therapy specific techniques were used on each stage of psychotherapeutic influence. The developed complex of psychotherapeutic intervention has demonstrated its high efficacy.

**Key words:** anxious depression, integrated psychotherapy, cognitive-behavioral psychotherapy

В умовах сучасного патоморфозу психічних порушень специфічними для депресивних розладів є сполучення їх з симптомами тривоги, які з одного боку ускладнюють перебіг захворювання, з іншого — сприяють формуванню терапевтичної резистентності [1, 2]. Затяжний перебіг депресивних розладів, часті рецидиви, неповні ремісії суттєво впливають на адаптаційні можливості пацієнтів та якість їхнього життя, наслідком чого є значне порушення соціального функціонування. Саме тому діагностика та лікування тривожної депресії потребують своєчасного втручання для попередження розвитку рецидивів, резистентних форм захворювання та суттєвих порушень якості життя [3, 4].

Терапія тривожної депресії повинна мати комплексний характер та включати фармако- і психотерапію, починатися якомога раніше і враховувати основні клінічні прояви. Метою лікування є зворотний розвиток симптоматики, попередження ризику хронічного перебігу захворювання, зниження ризику самогубства, покращання якості життя, профілактика рецидивів та загострень [5—7].

На сучасному етапі особливого значення набуває вивчення питань психотерапії як одного з безмедикаментозних методів лікування депресій, в той же час, психотерапія за наявності тривожної симптоматики повинна мати певну специфіку [8—10].

Під час терапії тривожної депресії необхідно враховувати повний спектр клінічних симптомів, що проявляються в єдності порушень психічної активності, суб'єктивного переживання негативного афекту і соматовегетативних проявів. Психотерапевтичний досвід має як навчальне значення, так і дозволяє хворому активізувати власні захисні психологічні механізми для подолання хвороби [11, 12].

Психотерапевтичний вплив має бути спрямований, насамперед, на зменшення вираженості психопатологічних проявів, що досягається шляхом зниження рівня особистісної та реактивної тривожності, відновлення механізмів саморегуляції, формування позитивної стійкої самооцінки і мотивації до змін наявних неконструктивних стилів поведінки [13—15].

Окрім індивідуальної психотерапії, зокрема в процесі повсякденного контакту лікаря з пацієнтом, велике

значення надається психотерапії груповій. Заняття в психотерапевтичній групі сприяють виникненню у пацієнтів відчуття приналежності до неї і більшої безпеки, зміні уявлень про неповторність і винятковість їхнього захворювання, зменшенню у зв'язку з цим напруженості, перебудові ставлення до своєї хвороби, зміцненню віри в успіх лікування, підвищенню самооцінки, виробленню адекватних життєвих планів [16, 17].

Несвоєчасна терапія тривожної депресії призводить до формування більш складних порушень афективного спектра, ускладнення клінічної картини захворювання, зниження віри в можливість покращити свій стан, що потребує більш частого звертання по допомогу та веде до зростання економічних витрат на утримання цих хворих [18, 19].

Застосування диференційованої психотерапії тривожної депресії дозволить оптимізувати лікування і сприятиме зменшенню рецидивів та попередженню формування резистентних форм цієї патології.

Враховуючи вищевикладене, метою дослідження стало визначення мішеней для терапевтичного впливу на підставі виявлених клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей тривожної депресії та розроблення комплексної системи психотерапевтичної корекції.

Для реалізації поставленої мети нами були обстежені хворі на депресивний епізод та рекурентний депресивний розлад різного ступеня важкості. Основну групу обстежених склали 44 хворих на тривожну депресію, до групи порівняння увійшли 30 хворих на ендогенні депресивні розлади без проявів тривоги. Діагноз був встановлений з урахуванням критеріїв МКХ-10 (F32, F33). Аналіз проводився до початку лікування та після проведення комплексної терапії, яка включала фармакотерапію та психотерапевтичну корекцію з використанням заходів когнітивно-біхевіоральної, особистісно-орієнтованої та сімейної психотерапії.

Використовувався комплексний підхід, що включав такі методи: клініко-психопатологічний (вивчення скарг, клінічного анамнезу, психопатологічного стану та його динаміки); психодіагностичний з використанням тесту відносин А. М. Еткінда (Бажин Е. Ф., 1985) [20], інтегративного тесту тривожності (Бизюк А. П., Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., 2005) [21]; психометричний, який проводився за допомогою «Опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики» (SCL-90-R) (Derogatis et al., 1974) [22], «Шкали Цунга» (Zung W. W., 1980) [23], а також дослідження стадій психотерапевтичних змін (The University of Rhode Island Change Assessment Scale) — URICA (A. D. Clemente, J. Prochaska, 1988) [24], а також методи математичної статистики.

Загальна характеристика обстежених хворих подана в таблиці.

В основній групі хворих переважали жінки — 63,63 %; особи, які мали середньоспеціальну освіту — 38,64 %, проживали в місті — 81,82 %, належали до категорії працюючих — 68,18 %, перебували у шлюбі — 70,45 %.

В цілому, наведені дані свідчать, що група порівняння за віком, рівнем освіти та місцем проживання вірогідно не відрізнялася від основної. Вірогідна різниця відзначалася за показниками соціальної зайнятості та сімейним станом обстежених. У групі порівняння вірогідно ( $p < 0,05$ ) більша кількість осіб були соціально зайнятими та не перебували у шлюбі порівняно з основною групою.

**Загальна характеристика обстежених хворих на депресивні розлади основної групи та групи порівняння**

Показник, який оцінюється	Основна група (n = 44) % ± m %	Група порівняння (n = 30) % ± m %
Стать		
— чоловіча	36,37 ± 7,34	40,00 ± 9,10
— жіноча	63,63 ± 7,34	60,00 ± 9,10
Освіта		
— середня	15,91 ± 5,58	16,67 ± 6,92
— середня спеціальна	38,64 ± 7,43	33,33 ± 8,75
— незакінчена вища	20,45 ± 6,15	20,00 ± 7,43
— вища	25,00 ± 6,60	30,00 ± 8,51
Місце проживання:		
— місто	81,82 ± 5,88	76,67 ± 7,85
— сільська місцевість	18,18 ± 5,88	23,33 ± 7,85
Соціальна зайнятість:		
— працюючі	68,18 ± 7,10	83,33 ± 6,92*
— не працюючі	31,82 ± 7,10*	16,67 ± 6,92
Сімейний стан:		
— одружені	70,45 ± 7,59	60,00 ± 8,51*
— не одружені	29,55 ± 7,59*	40,00 ± 8,51

Примітка: \* — відмінності вірогідні при  $p < 0,05$

Середній вік обстежених основної групи становив 43,2 роки, групи порівняння — 42,8 роки. Середня тривалість захворювання у хворих основної групи становила 8,2 роки, в групі порівняння — 7,9 роки. Середня тривалість поточного епізоду захворювання в основній групі складала 1,5 роки, в групі порівняння — 1,6 роки. Отримані дані свідчать, що при оцінюванні давності захворювання в цілому та тривалості поточного епізоду у хворих обох груп обстежених достовірної різниці не виявлено.

Клінічна картина тривожної депресії мала характерну синдромальну структуру, що складалася зі сполучення депресивно-тривожної симптоматики з іпохондричним (31,81 %), соматовегетативним (27,27 %) та фобічним симптомокомплексами (40,90 %). Клінічна структура депресивних розладів без симптомів тривоги характеризувалася наявністю апатичного (26,66 %), астенічного (40,00 %) та адинамічного (33,33 %) симптомокомплексів.

В осіб, схильних до розвитку тривожних реакцій, спостерігалось стійке спотворення процесу сприйняття і перероблення інформації, внаслідок чого вони вважали себе нездатними впоратися з будь-якою загрозою, контролювати оточуючу ситуацію. Увага тривожних пацієнтів вибірково спрямована саме на можливу небезпеку. Пацієнти з тривожною депресією, з одного боку, твердо переконані, що занепокоєння є свого роду ефективним механізмом, який дозволяє їм адаптуватися до ситуації, а з іншого боку, розцінюють своє занепокоєння як неконтрольоване і небезпечне. Таке поєднання замикає «хибне коло» постійного занепокоєння.

Хворим на депресивні розлади без проявів тривоги була притаманна наявність астенії, пасивності, зниження мотивації, ситуаційна занепокоєність майбутнім та уникнення соціальних зв'язків.

Як зазначено вище, терапевтична корекція в групах обстежених була комплексною і включала методи як фармакотерапії, так і психотерапії.

Протягом перебування в стаціонарі, термін якого складав 22—24 дні, усі пацієнти з тривожною депресією проходили обов'язковий курс фармакотерапії, що

включав застосування антидепресантів, анкіолітиків та препаратів загальнозміцнюючої дії (вітамінів, ноотропів, засобів з вазоактивною та нейрометаболічною дією). Необхідність використання медикаментозних препаратів для корекції депресивних розладів пов'язана з особливостями нейробиологічних процесів, що відбуваються в організмі хворого на депресію.

За результатами комплексного обстеження хворих на тривожну депресію встановлені клініко-психопатологічні та патопсихологічні «мішені» психотерапевтичного впливу, які характеризувалися наявністю не тільки тривожного, а й фобічного, соматовегетативного та іпохондричного компонентів. Таким чином, при тривожному симптомокомплексі мішенями виступали високий рівень ситуативної та особистісної тривоги (94,12 % та 97,06 % відповідно), виражений афективний компонент тривоги (12,00 балів), негативне ставлення до роботи та минулого (38,24 % та 58,82 % відповідно).

При наявності в структурі тривожної депресії фобічного симптомокомплексу мішенями психотерапевтичного впливу були високі показники фобічної симптоматики (1,02 бали), виражений фобічний компонент тривоги (61,76 %), obsесивно-компульсивні симптоми (1,47 бали) та тенденція обмежувати свої соціальні контакти (44,12 %).

При виявленні соматовегетативного симптомокомплексу в структурі тривожної депресії мішенями були високий рівень соматизації (1,39 бали) та емоційного дискомфорту (61,76 %), а при наявності іпохондричного симптомокомплексу — виражений соматичний компонент тривоги (32,13 бали), тривожна оцінка перспективи (занепокоєність майбутнім, песимізм) (76,47 %) та негативна оцінка теперішнього (3,31 бали).

Метою психотерапевтичного впливу було встановлення партнерських стосунків між лікарем та пацієнтом, активне залучення пацієнта до лікувально-реабілітаційного процесу, пояснення йому суті та прогнозу захворювання, дії фармакотерапевтичних засобів, корекція порушень самооцінки та взаємовідносин з мікросоціальним оточенням, а також психологічна підтримка хворого.

Під час побудови схеми психотерапії обстежених хворих враховували особливості організації лікувального процесу, де передбачалося проведення курсової психотерапії з урахуванням особливостей самих депресивних розладів, особистісного реагування на захворювання, даних анамнезу і ставлення пацієнтів до психотерапії.

Розроблена система психотерапевтичної корекції тривожної депресії заснована на таких принципах курсової психотерапії:

- комплексність психотерапії;
- дотримання етапності і послідовності в її реалізації;
- диференційований характер психотерапії в залежності від проявів депресивного розладу і особистісних особливостей хворих;
- поєднання методів індивідуальної і групової психотерапії;
- оптимальна тривалість психотерапії;
- спадкоємність в процесі коригуючих заходів;
- надання психопрофілактичних рекомендацій.

Комплекс психотерапевтичних заходів включав когнітивно-поведінкову, особистісно-орієнтовану, а також сімейну психотерапію в різноманітних модифікаціях та комбінаціях і проводився у формі індивідуальних та групових занять.

В ході психотерапевтичного впливу було виокремлено 3 етапи:

- 1) седативно-підтримуючий (3—4 заняття);
- 2) лікувально-стабілізуєчий (8—10 занять);
- 3) адаптаційно-профілактичний (3—4 заняття).

Перший етап (седативно-підтримуючий) складався з 3—4 щоденних індивідуальних занять тривалістю по 40 хвилин та засновувався на методах когнітивно-поведінкової та особистісно-орієнтованої терапії. Важливим моментом було роз'яснення пацієнту необхідності його лікування. Хворий повинен розуміти, чому йому необхідна та або інша форма терапії, які ефекти і результати від її застосування можна чекати. Слід вказати на відстрочений ефект терапевтичної дії антидепресантів, інакше у хворого може настати розчарування в призначеному лікуванні.

Роз'яснення тактики лікування має стимулюючий вплив на хворих з тривожною депресією, сприяє підвищенню самоповаги, відчуттю своєї активної участі в лікувально-реабілітаційному процесі, потенціює здатність до дотримання терапевтичного режиму, а також є одним з прийомів опосередкованого психокоректувального впливу як на родичів пацієнтів, так і на оточуючих їх інших хворих, особливо включених до спільної психотерапевтичної групи.

Під час використання когнітивно-поведінкової психотерапії за А. Бек [10] в лікуванні тривоги в структурі тривожної депресії можливо ідентифікувати і викоренити негативні моделі мислення й ірраціональні переконання, які живлять тривогу. Когнітивно-поведінкові техніки спрямовані на зміну неадекватних стереотипів мислення, уявлень, якими особистість реагує на зовнішні події. Метою когнітивної терапії при лікуванні тривожної депресії була корекція емоційного стану хворого завдяки раціонально-логічному переробленню пацієнтом суб'єктивного погляду на себе та світ, що досягається раціональним переконанням лікарем пацієнта щодо необґрунтованості негативної та зниженої оцінки себе та своїх можливостей.

Для досягнення вказаних цілей лікар допомагав пацієнтові вирішити такі завдання: усвідомити вплив думок на емоції і поведінку; навчитися виявляти негативні стереотипні думки і спостерігати за ними; досліджувати негативні автоматичні думки й аргументи, що їх підтримують і спростовують («за і проти»); замінити помилкові когніції на більш раціональні думки; виявити і змінити дезадаптивні переконання, що формують сприятливе підґрунтя для виникнення когнітивних помилок.

З вказаних завдань перше, як правило, вирішувалося вже в процесі першої (діагностичної) сесії. Для вирішення останніх чотирьох завдань використовувалися спеціальні техніки на другому етапі психотерапевтичної корекції. Таким чином, перші сеанси були націлені на створення терапевтичного альянсу з пацієнтом, ідентифікацію проблеми, подолання безпорадності, вибір пріоритетного напрямку, виявлення зв'язку між ірраціональними переконаннями й емоціями, з'ясування помилок в мисленні, визначення зон можливої зміни, включення пацієнта в когнітивно-поведінковий підхід.

Когнітивно-біхевіоральну психотерапію для хворих на тривожну депресію проводили в індивідуальному та груповому форматі. Причому на першому етапі перевага надавалася індивідуальним формам роботи. Це необхідно для встановлення комплаєнтних відносин з хворим

та емоційного контакту. Головним заходом індивідуальної терапії була психотерапевтична бесіда.

На першому етапі когнітивно-поведінкової терапії застосовували методи виявлення і коректування автоматичних думок, які були спільними для обох груп обстежених і включали такі методики: аналіз переживань, віддалення.

Особистісно-орієнтована психотерапія за Б. Д. Карвасарським [16] застосовувалася на усіх етапах психотерапевтичної корекції та була спрямованою на виявлення і вивчення етіопатогенетичних механізмів, що сприяли виникненню тривожної депресії, на досягнення у хворого усвідомлення причинно-наслідкового зв'язку між особливостями системи відносин і захворюванням, на зміну ставлення хворого, корекцію неадекватних форм поведінки і реакцій.

На другому етапі (лікувально-стабілізуючий) базовим методом психотерапевтичного впливу була диференційована когнітивно-поведінкова терапія. Індивідуальні та групові заняття проводилися щодня тривалістю 40 хвилин і 1,5 години відповідно (по 8—10 занять). Також на цьому етапі розпочинався курс системної сімейної психотерапії (Е.Г. Ейдемільер, В.В. Юстицький, В. Сатир, Б. Хелінгер) [15], що був розроблений для хворих на тривожну депресію, і складався з 2—3 занять на тиждень.

Група сприяла формуванню у пацієнтів відчуття емоційної підтримки і безпеки, зміні уявлень про неповторність і винятковість їх захворювання, зменшенню, у зв'язку з цим, напруженості, перебудові ставлення до своєї хвороби, зміцненню віри в успіх лікування, підвищенню самооцінки, виробленню більш адекватних життєвих планів. Групова психотерапія при тривожних депресіях проводилася після зменшення гострої депресивної симптоматики. Чим гостріше стан хворого, тим менш ефективними є прийоми розкриття переживань раннього дитинства та позитивного досвіду. Основним завданням попереднього етапу групової психотерапії було визначення здатності пацієнта до міжособистісного функціонування.

Когнітивний зміст тривоги за А. Бека [10] розглядається як перебільшене і хронічне переживання реальної або гіпотетичної небезпеки або загрози. Для хворих на тривожну депресію характерним було: випередження негативних подій в майбутньому, тобто «антиципація всіляких нещастя»; розбіжність між рівнем домагань і переконаністю у власній некомпетентності («Я повинен отримати оцінку „відмінно“ на іспиті, але ж я невдаха, нічого не знаю, нічого не розумію»); побоювання втрати підтримки; стійке уявлення про неминучий провал в спробі налагодити міжособистісні стосунки, виявитися приниженим, висміяним або знехтуваним.

Під час психотерапевтичної корекції в основній групі та групі порівняння застосовувалися спеціальні техніки з акцентом на виявленні в ході клініко-психопатологічного та патопсихологічного досліджень «мішенях» психотерапевтичного впливу. Вище зазначено, що тривога у хворих основної групи характеризувалася вираженими фобічним, соматовегетативним та іпохондричним компонентами, а у хворих групи порівняння в клінічній картині переважали апатія, астенія та адинамія.

Базовими техніками, які застосовувалися у пацієнтів основної групи на другому етапі, були такі: декатастро-

фікація, використання уяви (методика припинення, методика повторення, позитивна уява, конструктивна уява), цілеспрямоване повторення [13].

У пацієнтів групи порівняння застосовувалися техніки переоцінки цінностей та зміни ролей [14].

Поряд з особливим когнітивним стилем для пацієнтів з тривожною депресією був типовим особливий родинний контекст. Він характеризується високим рівнем повсякденного стресу і стилем комунікації, що підтримує дисфункціональні когнітивні схеми. Родинні дисфункції сприяли ранньому формуванню когнітивної схеми власної уразливості і схеми небезпеки навколишнього світу (соціального і фізичного). Стресогенні життєві події активували вказані схеми, які, в свою чергу, спрямовували процеси селективної уваги на сигнали небезпеки. В результаті розвивався стан надпильності, що супроводжувався перебільшеною оцінкою загрози і недооцінкою власних ресурсів в її подоланні. Потужним чинником, що підтримував стан підвищеної уваги до сигналів небезпеки, ставали поточні сімейні події: конфліктні комунікації, розмови між членами родини про небезпеки, несправедливості і погрози зовнішнього світу, необхідність приховувати від оточуючих будь-які ознаки неблагополуччя.

Тому важливим завданням психотерапії було інформування пацієнта і членів його родини про особливості перебігу захворювання та можливості його лікування науково обґрунтованими методами (фармакологічними і психотерапевтичними) й умови ефективності їх застосування. Зокрема, сім'ї пацієнта надавалася інформація про те, що прогрес в лікуванні, багато в чому, залежить від емоційної атмосфери в родині та координованості дій лікаря й оточення хворого. На сеансі сімейної психотерапії з присутністю всіх залучених в проблему членів родини обговорювалися способи боротьби з тривогою, до яких вдається пацієнт, і з'ясувалася міра участі кожного члена сім'ї в цій деструктивній поведінці. Досить часто родичі упевнені в тому, що якщо вони підуть назустріч проханням пацієнта і, наприклад, звільнять його від домашніх обов'язків, супроводжуватимуть в поїздках, заспокоюватимуть, переконуючи і спростовуючи його побоювання, це допоможе хворому заспокоїтися, а їм — уникнути конфліктів і заощадити час. Проте така практика призводить до все більшого підкріплення безпорадності пацієнта, його ірраціональних тривожних уявлень і дисфункціональних стратегій подолання аж до відмови від будь-якої конструктивної активності і поступової інвалідазації. На початку роботи важливо переконатися в розумінні родичами деструктивності таких дій, заручитися їх згодою на відмову від них і переконати в необхідності підтримувати віру хворого члена сім'ї в свою здатність самостійно впоратися з тривогою і життєвими труднощами.

В межах сімейної терапії застосовувалися такі прийоми: уміння слухати; навчання за допомогою питань; повторення (резюмування); сумарне повторення; уточнення (прояснення) і віддзеркалення афекту; конфронтація; програвання ролей [15].

Третій (адаптаційно-профілактичний) етап передбачав закріплення досягнутого терапевтичного результату, навичок психічної саморегуляції та нових когнітивних стратегій і включав 3—4 індивідуальних та групових занять.

На завершальному етапі в межах когнітивно-поведінкової терапії застосовували техніку планування дій на майбутнє, яка полягає в тому, що пацієнт і лікар спільно розробляють для пацієнта реалістичний «план дій» на майбутнє, з конкретними умовами, діями і термінами виконання, записують цей план на папір. Наприклад, якщо станеться катастрофічна подія, пацієнт виконуватиме певну послідовність дій в зазначений для цього час, а до того, як ця подія станеться, пацієнт не страждатиме даремно від переживань.

Розроблений алгоритм короткострокової комплексної психотерапії тривожних депресій поданий на рисунку 1.

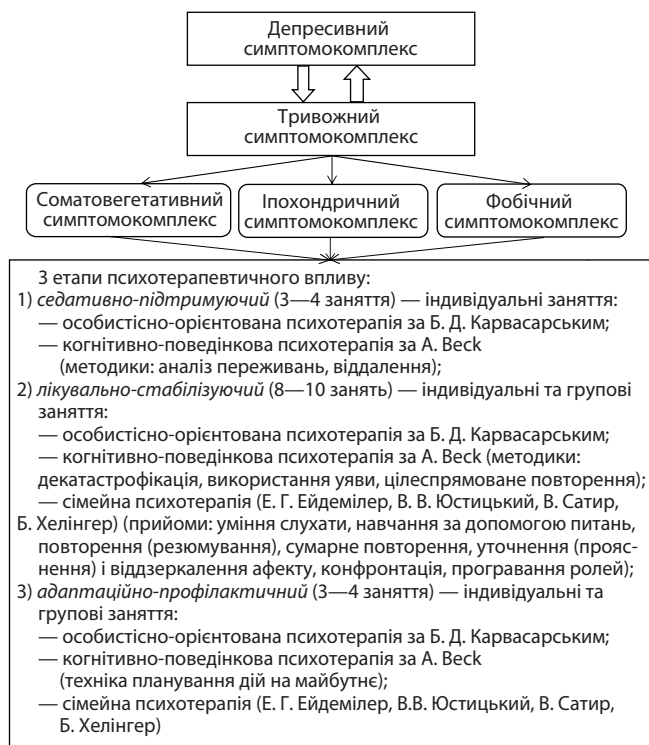


Рис. 1. Алгоритм комплексної психотерапії тривожної депресії

Для вивчення процесу і механізмів лікувальної дії короткострокового варіанта комплексу психотерапевтичних методів, запропонованого для корекції тривожної депресії, двічі проводилося психодіагностичне дослідження — на початковому та завершальному етапі психотерапевтичної корекції, за допомогою опитувальника для дослідження стадій психотерапії URICA (J. Prochaska, W. Veliser, E. McConaughy, 1988), що використовувався для визначення 4-х терапевтичних стадій зміни (передроздумів, роздумів, дій та збереження) і дослідження ставлення і настанов пацієнтів в процесі психотерапії.

За результатами методики для дослідження динаміки стану на різних стадіях психотерапії URICA було встановлено, що на початковому етапі психотерапії спостерігались високі показники стадії «Передроздуми» (30,11 ± 5,72 бали) (рис. 2). Більшість хворих основної групи, що знаходилися на даній стадії, не розуміли характеру своїх проблем або взагалі не визнавали їх наявність. Пацієнти не мали бажання щось змінювати у собі або в своєму майбутньому, проте їхня увага вибірково була

спрямована саме на передчуття можливої небезпеки. Вони вважали себе нездатними впоратися із загрозою, контролювати оточуюче. При цьому часто спостерігалась реакція опору розумінню та вирішенню проблем.



Рис. 2. Динаміка короткострокового комплексу психотерапевтичних методів у хворих на тривожну депресію

Показники стадій «Роздумів» та «Дій» на початковому етапі психотерапії були нижчими за середні і становили 25,68 ± 4,61 і 21,86 ± 6,04 бали відповідно, що свідчило про відсутність аналізу ситуації та серйозних намірів її подолати, а також відсутність тенденцій активно змінювати свою поведінку, вчинки та ставлення до оточуючого з метою вирішення проблеми. Крім того, пацієнти були переконані, що занепокоєння є своєрідним ефективним механізмом, який дозволяє їм адаптуватися до ситуації. Також у цієї категорії хворих на початковому етапі психотерапії спостерігались низькі показники стадії «Збереження» (17,95 ± 3,52 бали), що відбивало стурбованість пацієнтів можливим поверненням відчуття тривоги й психологічного дискомфорту.

Під час проведення повторного оцінювання на завершальному етапі психотерапії відзначалося достовірне зниження показників стадії «Передроздуми» (18,47 ± 3,87 бали) та підвищення показників стадій «Дії», «Роздуми» і частково — «Збереження» (28,02 ± 6,55), (31,32 ± 4,84) й (23,00 ± 7,13) бали відповідно, що свідчить про підвищення ступеня визначення ірраціональних настанов та переконань, тенденцію до зміни їх на більш реалістичні та адаптивні, вироблення активної життєвої позиції.

Під час оцінювання ефективності розробленої та апробованої комплексної терапії було встановлено, що у 65,91 % хворих основної групи відзначалося одужання та значне покращання з суттєвою психологічною перебудовою та зменшенням клінічних симптомів. У 31,82 % хворих було відмічено покращання стану, і лише у 2,27 % хворих стан майже не змінився.

Таким чином, розроблена комплексна терапія, що включала фармакотерапію та комплексну психотерапію, є ефективним способом лікування хворих на тривожну депресію. З метою раціонально-логічного перероблення пацієнтом суб'єктивного погляду на себе та світ, усвідомлення необґрунтованості та неадекватності тривожних настанов, формування реалістичних перспектив, чіткого уявлення про власну хворобу та можливості терапевтичного втручання провідною виокремлена когнітивно-поведінкова терапія з використанням специфічних технік на кожному етапі психотерапевтичного впливу.

**Список літератури**

1. Марута, Н. О. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / Н. О. Марута // *Нейро News*. — 2010. — № 5 (24). — С. 83—90.

2. Кожина, Г. М. Індивідуально-психологічні та клінічні особливості різних форм тривожних розладів / [Г. М. Кожина, Є. Г. Гриневич, М. В. Маркова та ін.] // *Таврический журнал психиатрии*. — 2012. — Т. 16. — № 3 (60). — С. 40—48.

3. Смулевич, А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. — 423 с.

4. Краснов, В. Н. Расстройства аффективного спектра / В. Н. Краснов. — М.: Практическая медицина, 2011. — 431 с.

5. Марута, Н. А. Диагностика и терапия униполярных депрессий в современных условиях: мифы и реальность / Н. А. Марута // *Нейро News*. — 2013. — № 2 (47). — С. 20—27.

6. Терапия антидепрессантами и другие методы лечения депрессивных расстройств : доклад Рабочей группы CINP на основе обзора доказательных данных / пер. с англ.; под ред. Т. Багай, Х. Грунце, Н. Сарториус. — М.: Российское общество психиатров, 2008. — 118 с.

7. Виничук, С.М. Тревожные расстройства с нарушением адаптации и методы их терапии / С. М. Виничук, В. В. Крылова, С. В. Рогоза // *Международный неврологический журнал*. — 2008. — № 2. — С. 47—48.

8. Каган, В. Психотерапия депрессии / В. Каган // *Независимый психиатрический журнал*. — 2003. — № 4. — С. 48—56.

9. Решетников, М. М. Психодинамика и психотерапия депрессий / М. М. Решетников. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2005. — 326 с.

10. Бек, А. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш. — СПб.: Питер, 2003. — 247 с.

11. Погосова, И. А. Оценка эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии у больных коморбидными тревожными и аффективными расстройствами / И. А. Погосова, А. В. Погосов, Т. Ю. Федоренко // *Архив психиатрии*. — К., 2008. — Т. 14. — № 1(14). — С. 54—59.

12. Колюцкая, Е. В. Современные подходы к психофармакотерапии тревожных расстройств / Е. В. Колюцкая // *Международный неврологический журнал*. — 2006. — № 4. — С. 141—142.

13. Джудит, С. Когнитивная терапия: полное руководство / С. Джудит. — М.: Издательский дом «Вильямс», 2006. — С. 19.

14. Холмогорова, А. Б. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян. В кн.: Основные направления современной психотерапии : учебное пособие / [научная редакция А. М. Боковикова]. — М.: Когито-Центр, 2000. — С. 224—268.

15. Эйдемиллер, Э. Г. Семейный диагноз и семейная психотерапия / Э. Г. Эйдемиллер. — СПб., 2007. — С. 33—38.

16. Карвасарский, Б. Д. (Karvasarskii B. D.) Group Psychotherapy and Criteria of its Efficacy // *Current Psychiatric Therapies*. — N. Y., 1986. — Vol. 23. — P. 257—259.

17. Шейнина, Н. С. Особенности проведения групповой психотерапии у разных контингентов психических больных / Н. С. Шейнина, Т. А. Аристова // *Психология и психотерапия :*

материалы IV Всероссийской конференции. — СПб.: ИМАТОН, 2002. — С.182—192.

18. Аведисова, А. С. Контролирование симптомов тревоги и лечение тревожно-фобических расстройств — альтернатива или нет? / А. С. Аведисова // *Психиатрия и психофармакотерапия*. — 2006. — № 5. — С. 3—6.

19. Краснов, В. Н. Тревожные расстройства: их место в современной систематике и подходы к терапии / В. Н. Краснов // *Социальная и клиническая психиатрия*. — 2008. — С. 33—38.

20. Бажин, Е. Ф. Цветовой тест отношений : методическая рекомендация / Е. Ф. Бажин, А. М. Эткинд. — Л.: Ленигр. научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 1985. — 25 с.

21. Бизюк, А. П. Применение интегративного теста : методические рекомендации / А. П. Бизюк, Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев. — СПб.: Изд-во Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, 2005. — 23 с.

22. Практикум по психотравматическому стрессу / под ред. Н. В. Тарабиной. — СПб.: Питер, 2001. — С. 29—32.

23. *How Normal is Anxiety? (Current Concepts)* / W.W. Zung, ed. — Durham, North Carolina : Upjohn Company, 1980. — 25 p.

24. Prochaska, J. O. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change / J. O. Prochaska, C. C. DiClemente // *J. Cons. Clin. Psychol.* — 1983. — № 51. — P. 390—395.

*Надійшла до редакції 12.08.2014 р.*

**ПАНЬКО Тамара Василівна**, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу неврозів і пограничних станів Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), м. Харків; e-mail: mscience@ukr.net

**ФЕДЧЕНКО Вікторія Юріївна**, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу неврозів і пограничних станів ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків; e-mail: mscience@ukr.net

**КАЛЕНСЬКА Галина Юріївна**, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник відділу неврозів і пограничних станів ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків; e-mail: mscience@ukr.net

**МАРУТА Оксана Сергіївна**, лаборант відділу загальної психології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків; e-mail: mscience@ukr.net

**PANKO Tamara Vaseliivna, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of the "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" State Institution ("INPN of the NAMS of Ukraine" SI), Kharkiv; e-mail: mscience@ukr.net**

**FEDCHENKO Viktoriya Yuriiivna, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv; e-mail: mscience@ukr.net**

**KALENSKA Galyna Yuriiivna, PhD (Psychological Sciences), Senior Researcher of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv; e-mail: mscience@ukr.net**

**MARUTA Oksana Sergiivna, Laboratory Assistant of the Department of General Psychology of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv; e-mail: mscience@ukr.net**