

О. Є. Семікіна, канд мед. наук, провідн. наук. співробітн. відділу неврозів та пограничних станів, Л. В. Малюта, мол. наук. співробітн., Г. Ю. Каленська, канд. психол. наук, ст. наук. співробітн. ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

ОСОБЛИВОСТІ ПІДХОДІВ ДО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ХВОРИХ НА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ

Лікування депресивних розладів — це складна проблема. Стаття включає результати дослідження можливостей психотерапевтичної корекції депресій. Психотерапію слід поєднувати з фармакотерапією в процесі лікування. Ефективність терапії буде оптимальною, якщо застосувати комплексний психотерапевтичний підхід, що передбачає використання когнітивно-біхевіоральної, сугестивної і арт-терапії.

Ключові слова: депресивні розлади, психотерапія, когнітивно-біхевіоральна терапія, сугестивна терапія, арт-терапія

Проблема афективної патології, передусім депресивних розладів, на сучасному етапі набуває особливої актуальності. Це зумовлено великою поширеністю депресій у світі — 3—6 % в загальній популяції, серед яких значне місце посідають депресивні розлади. Аналогічна тенденція спостерігається і в Україні [1—4].

Депресії вражають практично всі вікові категорії населення. Особливо це стосується осіб молодого та середнього віку, тобто працездатних категорій громадян. Перебіг депресивних розладів у більшості випадків дуже тривалий, що може призводити до формування тимчасової, а в деяких випадках і стійкої непрацездатності, що стає потужною економічною проблемою [4, 5].

Відповідно до існуючих стандартів медичної допомоги хворим на депресії, головним методом їх лікування є фармакотерапія з використанням антидепресивних засобів останнього покоління. Однак, необхідно відзначити, що фармакологічні препарати сприяють відновленню фізіологічних процесів в ЦНС, підвищенню рівня біологічно активних речовин, таких як серотонін, норадреналін, дофамін, але не можуть вплинути на психологічні настанови хворого. Психогенні механізми у розвитку депресивних станів мають велике значення, і вплив на них можливо робити тільки завдяки психотерапевтичним заходам. Саме той факт, що фармакотерапія депресії повинна бути тривалою — мінімум 1 рік — спричиняє багато вторинних проблем, може ставати суттєвим психотравмуючим впливом на хвору людину і тому необхідна підтримка у формі психотерапії [6—11].

Незважаючи на велику кількість робіт щодо психотерапії афективних розладів, чіткої концепції щодо їх лікування психотерапевтичними заходами виявлено не було.

Мета роботи — на підставі комплексного клініко-психопатологічного, психодіагностичного дослідження вивчити можливості психотерапевтичної корекції депресивних розладів та розробити диференційовані схеми при афективних розладах депресивного кола.

Під спостереженням перебували 35 хворих (основна група) на афективні (депресивні) розлади (рекурентні депресивні розлади (F 33), депресивні епізоди (F 32), хронічні розлади настрою (F 34)), які проходили лікування у відділенні неврозів та пограничних станів ДУ «ІНПН НАМН України». Пацієнти отримували комплексне

лікування, яке включало психотерапевтичні заходи за розробленою схемою, медикаментозну терапію, безмедикаментозні методи. Контрольну групу склали 35 хворих на афективні (депресивні) розлади, які отримували стандартну терапію.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, психометричний з використанням шкали HAMD-24, MADRS, Інтегративного показника якості життя (Mezzich, Cohen, Ruiperez, Lui & Yoon, 1999), психодіагностичний з використанням Опитувальника самовідношення (В. В. Столін, 1988), Тесту життєвих цінностей (В. Ф. Сопов, Л. В. Карпушина, 1998), Опитувальника «Тип відношення до хвороби» (Л. І. Вассерман із соавт., 1991), Методу кольорових відносин А. М. Еткінда (1980), методи математичної статистики.

На підставі отриманих даних ми виявили деякі особливості, що характерні для депресивних порушень при афективних розладах. Симптоми депресії у даної категорії хворих є вираженого ступеня важкості та сягають рівня вітальної туги, з вираженою тривогою, песимістичними думками з самозневажанням до ідей самознищення, суттєвими соматичними порушеннями, переважно у серцево-судинній системі та системі травлення. Вони характеризуються суб'єктивним відчуттям низької оцінки психологічного та фізичного благополуччя, духовної реалізації та загального сприйняття якості життя. Найбільш характерним є змішаний тип відношення до хвороби — меланхоліко-апатико-тривожний, що свідчить про інтрапсихічну спрямованість типу реагування, характеризується наявністю особистісної дезадаптації та включає песимістичний погляд на оточуюче, байдужість до своєї долі, до результатів лікування, пасивне підпорядкування процедурам та лікуванню за умов постійного наполягання зі сторони, у втраті інтересу до життя, фіксацію на суб'єктивних відчуттях. Виявлена низька мотивація у сферах сімейного життя, професійної діяльності, освіти та сфері захоплень. Характерним для даної категорії хворих є дуже низькі показники щодо самоповаги, аутосимпатії та саморозуміння.

Вказані вище особливості депресивної симптоматики та умов її формування були враховані під час розроблення терапевтичних схем для даної категорії хворих.

Головними принципами психотерапії депресій при афективних розладах були такі: психотерапія — це облігатний захід лікування депресії і повинна проводитися разом з фармакотерапією; вона повинна мати комплексний характер і включати вплив на всі можливі механізми сприйняття та аналізу інформації — свідомий раціональний (когнітивно-біхевіоральна терапія), підсвідомий сугестивний (гіпнотерапія), опосередкований (арт-терапія); повинна починатися на перших етапах лікування і проводитися весь період терапії.

Основним заходом психотерапії, що базується на впливі на свідомість хворого, є когнітивно-біхевіоральний. Когнітивно-біхевіоральна терапія заснована на пізнавальному підході. Техніка когнітивної терапії спирається на взаємозв'язок відчуттів і думок.

В стані депресії домінують негативні уявлення хворого про самого себе, свої вчинки. Насамперед найбільш важливим є те, що подібні уявлення виникають за рахунок необґрунтованих висновків, які базуються на фіксуванні уваги хворого на окремих деталях без урахування загальної ситуації та унітопному погляді на об'єктивні події. Метою когнітивної терапії при лікуванні депресивних порушень є зміна емоційного стану та настрою 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 досягнень як у минулому, так і в теперішній час та майбутньому. Ключовим у когнітивному підході є надання об'єктивної інформації, яка стосується причинно-наслідкових зв'язків розвитку депресивних порушень, позитивізація щодо уявлень хворого про себе та свої можливості, формування оптимістичного настрою щодо майбутнього. Важливим є роз'яснення механізмів розвитку депресивних симптомів, щоб у хворого було чітке уявлення про власну хворобу, можливості терапевтичного втручання. Підкреслюється виключно важливе значення щодо ставлення самого хворого до себе та своєї хвороби та необхідність активної участі його у протистоянні з хворобою. Пацієнту надається інформація, що від його власних зусиль залежить його стан, що він може впливати на власні емоції та настрої. Необхідно змінити хворобливе уявлення про власну безпорадність щодо себе та хвороби та безвихідність із ситуації депресивного розладу, та допомогти пацієнту визначити позитивні чинники, на які йому можна спиратися при подоланні депресії.

Когнітивну психотерапію для хворих на афективні розлади проводили в індивідуальному та груповому форматі. Причому, на першому етапі перевага надавалась індивідуальним формам роботи. Це необхідно для встановлення комплаєнтних відносин з хворим, встановлення емоційного контакту. Головним заходом індивідуальної терапії була психотерапевтична бесіда. Сеанси проводили щоденно перший тиждень лікування, в подальшому — 3 рази на тиждень протягом 3 тижнів, а надалі — в амбулаторному режимі 1—2 рази на тиждень 4—6 місяців.

Сеанси групової психотерапії призначали з другого тижня лікування. Сеанси проводили 3 рази на тиждень протягом 4 тижнів, в подальшому — 1—2 рази на тиждень 3—6 місяців (амбулаторно).

У психотерапії важливе місце займають методи сугестивної терапії у різних формах. Серед всього ланцюга механізмів, через які реалізуються сугестивні заходи, що використовують для лікування депресивних порушень, особливе значення має вплив на першу сигнальну систему з донесенням певних формул навіювання, спрямованих на садацію та переключення з хворобливих настанов на позитивні чинники в умовах «виключення» другої сигнальної системи завдяки зануренню у гіпнотичний стан. Сугестивна терапія була спрямована на симптоматичну корекцію емоційних та соматичних порушень, реалізовувалась завдяки впливу на підсвідомість хворого і сприяла зміні його неусвідомлених настанов, в результаті чого знижувався рівень тривоги, ажитації, відчуття провини а також покращувався настрій та активність пацієнта, суб'єктивна оцінка себе та оточення.

В процесі лікування проводили арт-терапію, що ґрунтувалась на загальноприйнятих методологічних принципах цього виду лікування та реабілітації. Цілі арт-терапевтичного процесу полягали у вираженні емоцій і почуттів, пов'язаних з переживаннями своїх проблем, самого себе; в активному пошуку нових форм взаємодії зі світом; підтвердженні своєї індивідуальності, неповторності і значимості; підвищенні адаптивності в постійно мінливому світі (гнучкості).

В арт-терапевтичній роботі були використані такі прийоми і техніки арт-терапії: вільні теми малювання, ліплення, колажів, що дозволяє пацієнтам за виражати найбільш тривожні та конфліктні емоції та ситуації, тематичні малюнки: малюнок самого себе, малюнок своєї (можна уявної) сім'ї, малюнок людини, малюнок «Будинок, дерево, людина» (БДЛ); вправи з кольорами — спрямовані на проекцію свого емоційного стану і роботу з ним, техніка з «карлючкою» — сприяє дослідженню людиною власних почуттів і переживань, а також зняття м'язових, емоційних напружень, розслабленню; заняття оригамі — здійснюється невербальний контакт у спілкуванні, врівноважують психічний стан людини; вправи з пластиліном — сприяють усвідомленню та відображенню проблемної ситуації у творчій продукції.

В результаті проведення арт-терапії був виявлений позитивний вплив на особливості емоційної сфери, ціннісно-мотиваційної сфери, відношення до хвороби та самооцінку. Визначена ефективність арт-терапії, що полягала в редукції стану тривоги та пригніченого настрою; підвищенні соціальної адаптації хворих; прагненні продовжувати активну трудову діяльність та зберегти свій професійний статус; зниженні показників тривожного, іпохондричного, меланхолічного та апатичного ставлення до хвороби; підвищенні цінностей власного розвитку та престижу, активних соціальних контактів, досягнення та духовного задоволення; зростання реалізації цінностей в професійній сфері, сфері суспільної активності та у сфері освіти; покращенні інтегральної самооцінки, аутосимпатії та самоінтересу; поліпшенні взаємовідносин з оточуючими; зниженні самозвинувачення.

Арт-терапія сприяла сублімації негативних переживань хворого в творчість та їх трансформації з емоційного рівня на рівень розуміння і формування змістів.

Ефективність запропонованого психотерапевтичного комплексу була підтверджена даними клініко-психопатологічного та психодіагностичного заходів.

За даними результатів обстеження за Шкалою MADRS (рис. 1) було виявлено, що загальний бал до початку лікування становив 36,86, що є показником депресії вираженого ступеня важкості. Оцінка стану хворих після 4-тижневого курсу терапії в стаціонарі показала його суттєве покращання. Загальний бал за Шкалою MADRS знизився практично вдвічі і склав 18,87.

Результати обстеження за шкалою Гамільтона (рис. 2) свідчать про те, що в обстежених хворих були перед початком терапії депресивні порушення вираженого ступеня важкості. Під час проведення обстеження після лікувального курсу ми отримали дані про достовірне зменшення середнього балу за шкалою Гамільтона до 11,1, що свідчить про суттєвий вплив на депресивну симптоматику. Пацієнти відзначали зменшення рівня тривоги, напруження, істотно покращився нічний сон а також соматичні прояви депресії.

Дані щодо самовідношення хворих на депресивні розлади та їх зміни в процесі терапії подані на рис. 3.

Ефективність лікування депресивного розладу має бути оцінена не лише з погляду зворотного розвитку клінічних симптомів, а і з урахуванням оцінки якості життя пацієнта, яке нерозривно пов'язане з можливостями його психологічної взаємодії з мікро- і макро-соціумом, власним відношенням до себе й оточення, можливостями власної реалізації, повноцінного соціального функціонування. Ми запропонували хворим самим оцінити якість життя, до початку терапії і в завершенні терапії. Дані про результати дослідження інтеграційного показника життя у хворих, ми представили на рисунку 4.

Даючи загальну характеристику оцінки показника якості життя у хворих на депресію до початку терапії, необхідно відзначити низькі показники за всіма шкалами.

Оцінюючи динаміку Інтеграційного показника якості життя після проведеного лікування, слід зауважити, що оцінні характеристики якості життя істотно змінилися. Пацієнти значно вище оцінювали як показник «Загальне сприйняття якості життя» — 7,7 балу, так і практично всі шкали. Найбільш виражені зміни стосувалися таких шкал як «Психологічне благополуччя — 8,2 балу, «Фізичне благополуччя — 9,0 балів, «Працевдатність — 8,5 балів. Необхідно зауважити, що зміни було відзначено практично за всіма шкалами Інтеграційного показника якості життя, тобто пацієнти змінили оцінні характеристики не тільки до показників, які стосуються безпосередньо психологічного та фізичного стану, але й на тлі суттєвого клінічного покращання хворі переоцінили власну самооцінку, рівень власної реалізації.

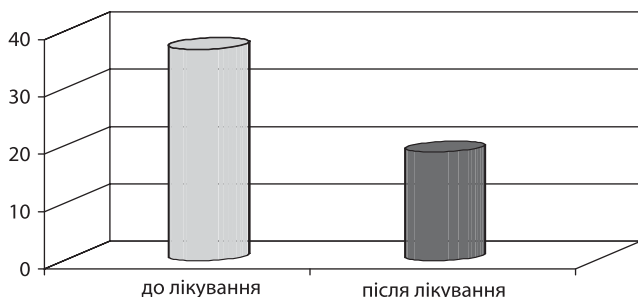


Рис. 1. Результати оцінки за Шкалою MADRS до і після лікування

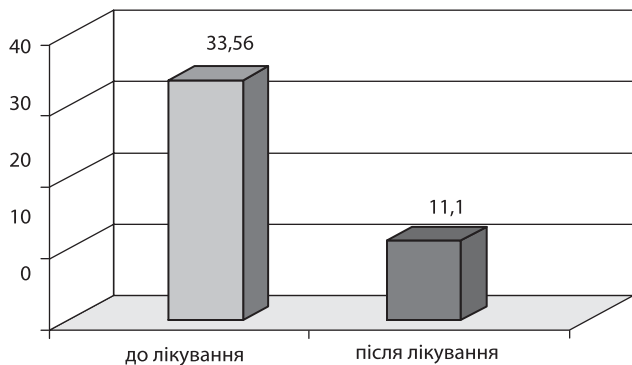
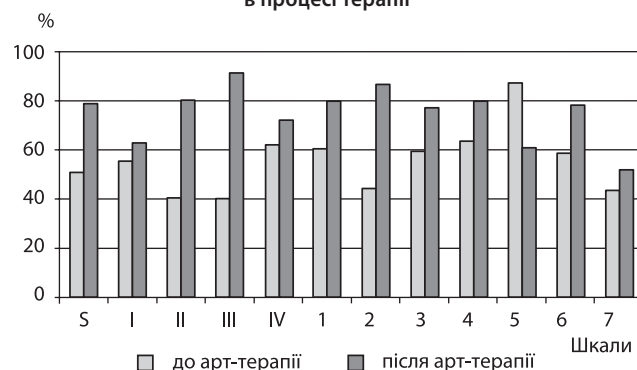


Рис. 2. Результати оцінки за Шкалою HAMD-24 до і після лікування

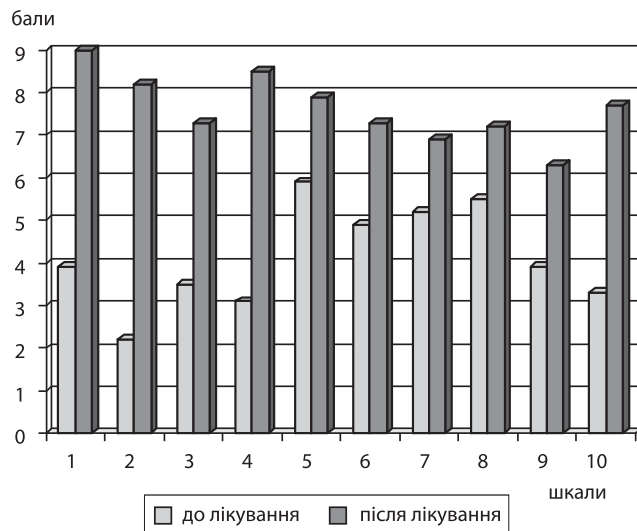
Динаміка самовідношення пацієнтів з депресивними розладами в процесі терапії



Умовні позначення:

5 — інтегральне самовідношення; I — самоповага; II — ауто-симпатія; III — відношення від оточуючих, що очікується; IV — впевненість у своїй цікавості для інших; 1 — самовпевненість; 2 — відношення інших; 3 — самосприйняття; 4 — самокерування, самопослідовність; 5 — самозвинування; 6 — самоінтерес; 7 — саморозуміння

Рис. 3. Особливості самовідношення хворих на депресивні розлади в процесі проведення терапії



Умовні позначення:

1 — фізичне благополуччя
2 — психологічне благополуччя
3 — самообслуговування та незалежність дій
4 — працевдатність
5 — міжособистісна взаємодія
6 — соціо-емоційна підтримка
7 — громадська та службова підтримка
8 — особистісна реалізація
9 — духовна реалізація
10 — загальне сприйняття якості життя

Рис. 4. Результати дослідження Інтеграційного показника життя у хворих до та після лікування

Після проведеної терапії були отримані результати, що свідчать про суттєві зміни щодо стану хворих на депресивні розлади.

Так, суттєво зменшилися клінічні прояви депресії — підвищився настрій, суттєво знизився рівень тривоги, були купіровані соматовегетативні порушення. Окрім того, покращилося суб'єктивне ставлення хворих щодо оцінки свого фізичного, психологічного стану, загальної

оцінки якості життя. Було визначено переважання ергопатичного типу реагування на хворобливі прояви, що свідчило про підвищення соціальної адаптації хворих, спостерігалась тенденція до поліпшення самовпевненості, самосприйняття та самопослідовності. Суттєво підвищився рівень мотивації, пацієнти стали більш активними та схильними відчувати більшу духовну задоволеність та власну значущість для інших, прагнули спілкування з оточуючими.

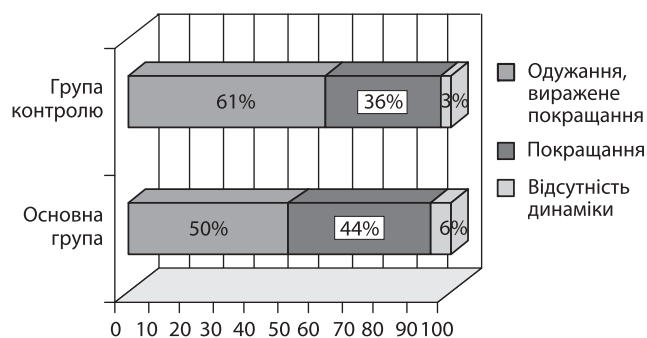


Рис. 5. Результати проведеної терапії

Результати терапії (рис. 5) були оцінені за стандартними критеріями — одужання/виражене покращання, покращання, відсутність динаміки, погіршення. Хворих, стан яких в процесі терапії погіршився, не було. Лікування більшості хворих було ефективним. Порівняння результатів терапії в основній та контрольній групах показало, що у 60 % хворих основної групи спостерігалось одужання чи виражене покращання, що на 10 % вище, ніж у групі контролю, у 37 % основ-

ної групи — покращання стану (що на 7 % більше ніж у контролі). Тобто запропоновані підходи до лікування депресивних порушень при афективних розладах показали високу ефективність та повинні використовуватися у практичній роботі.

Список літератури

1. Психіатрія : нормативне виробничо-практичне видання. — К.: МНІАЦ медичної статистики; МВЦ «Медінформ», 2008. — 600 с.
2. Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. — № 8 (91). — К., 2008. — 101 с.
3. Критерії діагностики та лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих: клінічний посібник. — Х.: Арсіс, 2001. — 303 с.
4. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні: Інформаційно-аналітичний огляд за 2000—2009 рр. — Х.: Арсіс, 2010. — 160 с.
5. Подкорытов, В. С. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. — Харьков: Торнадо, 2003. — 352 с.
6. Тэхкэ В. Психика и ее лечение: психоаналитический подход [Текст]: [пер. с англ.] / В. Тэхкэ. — М.: Академ. Проект, 2001. — 573 с.
7. Решетников, М. М. Психодинамика и психотерапия депрессий / М. М. Решетников. — СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 2005. — 326 с.
8. Смулевич, А. Б. Депрессии в общемедицинской практике / А. Б. Смулевич. — М., 2000. — 342 с.
9. Бек, А. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш. — СПб.: Питер, 2003. — 247 с.
10. Ryle, A. Cognitive-analytical therapy — a most suitable training for psychiatrists / A. Ryle // Psychiatric Bulletin. — 2000. — № 24. — P. 314.
11. Асмолов, А. Г. На перекрестке путей к изучению психики человека / А. Г. Асмолов // Бессознательное: Сб. ст. Т. 1. / Сост. Ю. В. Макогоненко. — Новочеркасск, 1994. — С. 51—59.

Надійшла до редакції 27.05.2011 р.

Е. Е. Семикина, Л. В. Мalyuta, Г. Ю. Каленская
 ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
 НАМН Украины»

Особенности подходов к психотерапевтической коррекции больных депрессивными расстройствами

Лечение депрессивных расстройств — это сложная проблема. Статья включает результаты исследования возможностей психотерапевтической коррекции депрессий. Психотерапия должна сочетаться с фармакотерапией в процессе лечения. Эффективность терапии будет оптимальной, если применить комплексный психотерапевтический подход, включающий использование когнитивно-бихевиоральной, суггестивной и арт-терапии.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, психотерапия, когнитивно-бихевиоральная терапия, суггестивная терапия, арт-терапия

O. Semikina, L. Malyuta, G. Kalenska
 State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology
 of the NAMS of Ukraine" (Kharkiv)

Features of psychotherapeutic approaches to the correction of patients with depressive disorders

The treatment of depressive disorders is very difficult problem. This article include the results of investigation of psychotherapy correction of depression. Psychotherapy must be combining with pharmacological therapy during treatment. The efficacy of therapy will be optimal if use the complex psychotherapy that include methods of Cognitive-behavioral therapy, suggestive therapy and art-therapy.

Key words: depressive disorders, psychotherapy, Cognitive-behavioral therapy, suggestive therapy, art-therapy.