

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К КРАТКОСРОЧНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАССТРОЙСТВ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

С. А. Игумнов<sup>1</sup>, В. А. Жебентяев<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГУ «РНПЦ психического здоровья» МЗ Республики Беларусь, Минск

<sup>2</sup>УО «Витебский государственный медицинский университет»

Социальные и экономические потери от расстройств депрессивного спектра являются весьма значительными и часто связаны с несовершенством диагностики, несвоевременным оказанием помощи или недостаточным лечением [18]. Несмотря на доступность эффективных антидепрессивных средств, у существенной части депрессивных больных наблюдаются недостаточные результаты лечения, частые рецидивы либо резистентность [11]. Одним из путей по предупреждению данных явлений и повышению эффективности лечения является включение психотерапии в комплексное лечение расстройств депрессивного спектра. В многократных рандомизированных клинических исследованиях показана эффективность интерперсональной и когнитивной психотерапии, которые оказались эффективными как для «купирующего», так и для поддерживающего лечения депрессивных расстройств [12, 16, 20]. В крупном исследовании выяснилось, что аналитическая когнитивно-бихевиоральная психотерапия по эффективности эквивалентна нефазодону, а ее комбинация с нефазодоном превосходила по эффективности отдельное применение психотерапии или антидепрессанта [15]. Согласно данным мета-анализа, комбинация психотерапии и фармакотерапии превосходила по эффективности психотерапию в «чистом» виде [10]. Однако исследований по психотерапии для лечения депрессий гораздо меньше, чем по фармакотерапии.

Остаются нерешенными многие вопросы. Неясно, может ли быть воздействие на большее количество модальностей в процессе мультимодальной психотерапии более эффективным в краткосрочном и долгосрочном прогнозе, чем психотерапевтические методы, которые концентрируются преимущественно на одной или двух-трех модальностях (например, интерперсональная или когнитивно-бихевиоральная психотерапия). Актуальным остается

также вопрос изучения дифференцированного применения психотерапевтических вмешательств в комбинации с фармакотерапией в зависимости от выраженности, длительности и структуры клинической симптоматики при расстройствах депрессивного спектра.

Нами было проведено исследование, целью которого была разработка модели дифференцированной краткосрочной психотерапии расстройств депрессивного спектра непсихотического уровня на основе данных клинического и психологического исследования, а также оценка ее сравнительной эффективности в комплексном лечении в краткосрочном и долгосрочном аспектах.

### Материал и методы

В исследование были включены 119 пациентов с расстройствами депрессивного спектра непсихотического уровня, получавших лечение в отделениях Витебской областной клинической психиатрической больницы, а также в дневном стационаре Витебского областного психоневрологического диспансера. Состояние пациентов соответствовало критериям включения в исследование, исключались пациенты при наличии критериев исключения (табл. 1). 40 пациентов прошли клиническое и психологическое обследование, результаты которого использовались для разработки дифференцированной краткосрочной психотерапии. Пациенты, которые в дальнейшем включались в исследование, случайным образом разделялись на две группы, которые оказались сопоставимыми по всем социально-демографическим и клиническим признакам.

Основную группу составили 44 пациента, лечение которых включало комбинацию разработанной в ходе исследования модели дифференцированной краткосрочной психотерапии и стандартной психофармакотерапии.

Критерии включения/исключения пациентов в исследование

Критерии включения	Критерии исключения
1. Депрессивная симптоматика, классифицируемая в разделах МКБ-10: 1.1. Первичный легкий депрессивный эпизод (F32.0) и первичный умеренный депрессивный эпизод (F32.1). 1.2. Расстройство адаптации с кратковременной (F43.20), пролонгированной депрессивной (F43.21) или смешанной тревожно-депрессивной (F43.22) реакцией. 1.3. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2).	1. Коморбидные психические расстройства: органические поражения ЦНС; зависимость от психоактивных веществ; шизофрения и бредовые психозы; биполярное аффективное расстройство; рекуррентное депрессивное расстройство; умственная отсталость; расстройства зрелой личности.
2. Информированное согласие пациента на участие в работе.	2. Соматические и неврологические расстройства, которые могли быть причиной депрессии либо создавать неблагоприятную почву для ее развития.
3. Первичность обращения за психиатрической или психотерапевтической помощью.	3. Нормальная (неосложненная) реакция горя.
4. Возраст: мужчины от 20 до 60 лет, женщины от 20 до 55 лет.	4. Беременность, 1-й год после родов.
5. Стационарное лечение (отделения больницы, дневной стационар диспансера).	5. Отказ пациента участвовать в исследовании или несоблюдение условий его проведения.

Группу сравнения составили 35 пациентов, лечение которых включало когнитивную психотерапию [9] в сочетании со стандартной психофармакотерапией. Когнитивная психотерапия включала поэтапное, направленное на симптомы-мишени, применение поведенческих (составление распорядка дня, оценка мастерства и удовольствия, техника градуированных заданий, когнитивная репетиция, тренинг ассертивности и ролевые игры, домашние задания и др.) и когнитивных (техника реатрибуции, протокол дисфункциональных мыслей, выявление и модификация дисфункциональных убеждений) методик, позволяющих скорректировать когнитивные искажения пациента и, в конечном счете, способствующих ослаблению депрессивных симптомов.

Проводилось клиническое и психологическое обследование пациентов обеих групп, и в последующем оценивались различия в исходах между группами.

В процессе разработки психотерапии, для сравнения результатов психологических методов исследования между пациентами с расстройствами депрессивного спектра и здоровыми лицами, с целью выявления функциональных мишеней для психотерапевтических вмешательств была сформирована контрольная группа, в которую вошли 42 здоровых лица, сопоставимых по полу, возрасту и социальному положению, не имеющих симптомов психических расстройств. В контрольную группу включались испытуемые, не имеющие симптомов психического расстройства, согласно критериям МКБ-10, а также имеющие суммарный балл по шкале Гамильтона для оценки депрессии ниже 7.

Для изучения значимости разработанного метода психотерапии и сохранения достоверности в основной группе и группе сравнения максимально одинаково воспроизводились все неспецифические и специфические эффекты врачебного вмешательства [7], такие как естественное течение заболевания

(что подтверждалось однородностью больных обеих групп), эффект Хауторна (изменение поведения пациентов вследствие нахождения их в исследовании и связанного с этим проявления к ним интереса), плацебо-эффект (применялся «простой слепой метод», то есть пациенты не знали к какой они группе относятся) и эффект лечения. Мы оценивали роль различия, которое заключалось в том, что пациенты опытной группы получали дифференцированную психотерапию, разработанную с помощью полученных нами данных клинических и психологических методов исследования на основе широкого мультимодального спектра психотерапевтических методик.

Для исключения влияния различий в фармакотерапии на улучшение состояния, пациенты основной группы и группы сравнения получали однородное медикаментозное лечение. Назначение антидепрессантов и анксиолитиков по своему дизайну проводилось в соответствии с исследованием типа «случай-контроль».

В связи с необходимостью выведения пациента из состояния депрессии в наиболее короткие сроки в условиях отделения пограничных состояний или дневного стационара, нами разрабатывалась краткосрочная, четко структурированная и последовательная модель психотерапии. Использовался принцип технического эклектизма, в соответствии с разработками мультимодальной психотерапии А.Лазаруса [2], при котором психотерапевт может использовать большое количество различных методов воздействия, индивидуально подобранных и направленных на различные модальности депрессии: behavior – поведение, affect – эмоции, sensation – ощущения, imagery – представления, cognition – установки, ценности, убеждения, interpersonal – межличностные отношения, drugs – лекарства/биология. Кроме методик, направленных на поведенческую, аффективную и когнитивную модальность, применяемых в когнитивной психотерапии,

использовались методики для коррекции дисфункциональных представлений, восполнения дефицита коммуникативных навыков в интерперсональной модальности, методики для работы с ощущениями. Набор психотерапевтических методик, из которых отбирались вмешательства, был расширен и включал помимо методов мультимодальной психотерапии также техники когнитивной, поведенческой, экзистенциальной, интерперсональной, нейро-лингвистической психотерапии, гештальт-терапии, эриксоновского гипноза, краткосрочной психодинамической психотерапии.

Кроме того, отбор методик проводился как на основании данных клинического обследования, так и данных о проявлениях социально-психологической дезадаптации личности пациентов, полученных в ходе обследования с использованием психологических опросников. В ходе исследования для разработки дифференцированной психотерапии, а также оценки ее эффективности использовались следующие методы:

1. Клинический с использованием критериев МКБ-10 [4], шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS-21) [14], клинической шкалы, разработанной в научно-исследовательском психоневрологическом институте имени В.М.Бехтерева [1].

2. Психологический с использованием теста СМИЛ [6]; опросника «Тип личности» Дж.Олдхэма-Л.Морриса (ОЛМ) [17], опросника «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index – LSI) [19]; теста смысложизненных ориентаций (СЖО) [3].

Катамнестическое исследование проводилось через 12 месяцев после окончания лечения. Катамнестические данные получены у 36 из 44 пациентов (80%) основной группы и 23 из 35 (66%) – группы сравнения. На основании 4 критериев методики клинической оценки эффективности психотерапии с помощью клинической шкалы, разработанной в научно-исследовательском психоневрологическом институте имени В.М.Бехтерева [1], была проведена оценка степени симптоматического улучшения, осознания психологических механизмов болезни, восстановления нарушенных отношений личности и улучшения социального функционирования. Для оценки степени симптоматического улучшения дополнительно использовалась шкала для оценки депрессии Гамильтона [14].

Статистический анализ полученных данных был проведен при помощи стандартного пакета программ Statistica 6.0.

### Результаты исследования

В ходе проведения исследования для разработки дифференцированной краткосрочной психотерапии пациенты, в зависимости от выраженности и длительности симптоматики, были распределены в три подгруппы: кратковременные депрессивные реакции (КДР) (расстройства с длительностью менее 1 месяца и выраженностью симптоматики, не достигшей уровня депрессивного эпизода) – 30 паци-

ентов; пролонгированные депрессивные реакции (ПДР) (длительность более 1 месяца, выраженность симптоматики не достигала уровня депрессивного эпизода) – 30 пациентов; депрессивные эпизоды (ДЭ) – 59 пациентов. Кластерный анализ основных признаков, имеющих значение для формирования клинической картины депрессии (наследственное отягощение, тип стрессового фактора, длительность расстройства, наличие диагностических симптомов депрессии, глубина депрессивной симптоматики, синдромальные варианты), подтвердил правомерность такого разделения. В ходе обследования на основе полученных клинических и психологических данных были выделены функциональные мишени для дифференцированной краткосрочной психотерапии.

*Функциональные мишени для дифференцированной краткосрочной психотерапии пациентов с кратковременными депрессивными реакциями.* Для пациентов с кратковременными депрессивными реакциями были характерны более низкие значения по большинству шкал СМИЛ по сравнению с пациентами других клинических подгрупп, а по сравнению с контрольной группой характерно повышение по шкалам 1, 2, 3, 6 и 7 ( $p < 0,05$ ). Такой профиль называется невротическим. При высоком уровне тревоги в структуре клинической симптоматики в лечение включались мероприятия, направленные на уменьшение выраженности аффективных симптомов с помощью транквилизаторов, антидепрессантов, а также психологически поддерживающих вмешательств и тренинга релаксации. При этом повышение показателей у этих пациентов по шкалам 2 и 7 может говорить об определенной личностной диспозиции: склонности к острому переживанию неудач, к волнениям, к повышенному чувству вины с самокритичным отношением к своим недостаткам, с неуверенностью в себе и повышенной личностной тревожностью [6]. Согласно тесту Олдхэма-Морриса пациенты из подгруппы кратковременных депрессивных реакций отличались более высокими показателями по шкалам I – зависимого типа ( $p < 0,001$ ) и M – мазохистического типа ( $p < 0,05$ ). Это требует, помимо вышеописанных вмешательств, также коррекции личностных искажений в модальностях представлений и когниций, приводящих к дезадаптивным реакциям на психоэмоциональный стресс [2, 9]. В данном случае в силу личностных искажений происходит застревание на психотравмирующей ситуации с затруднением собственной психологической проработки, что, в результате, приводит к повышению уровня тревоги и уходу в депрессивные переживания.

Из рис. 1 видно, что для пациентов с кратковременными депрессивными реакциями характерен достоверно более высокий уровень «отрицания» (отрицание фрустрирующей реальности) по сравнению с контролем ( $p < 0,005$ ), а также по сравнению с другими клиническими группами ( $p < 0,01$ ), а

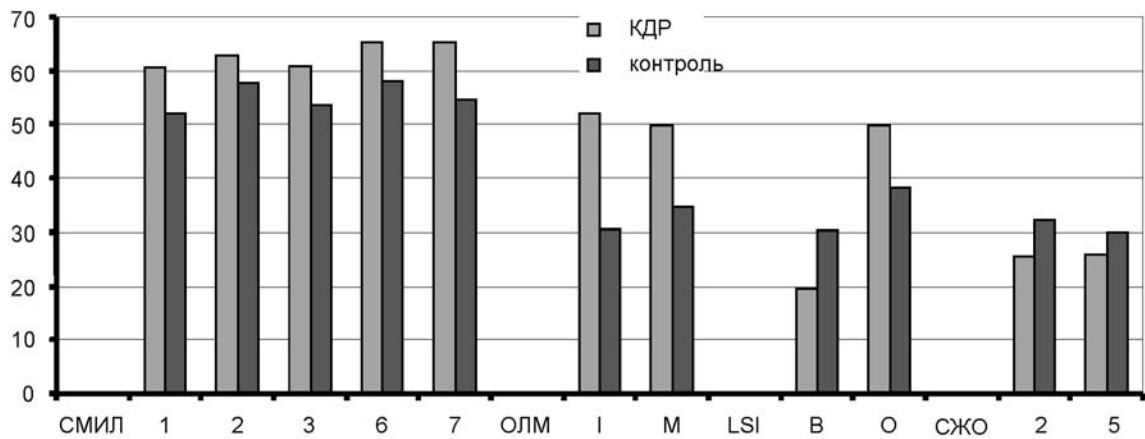


Рис. 1. Шкалы опросников СМИЛ, ОЛМ, LSI и СЖО, по которым наблюдались статистически достоверные различия между подгруппой кратковременных депрессивных реакций и контрольной группой ( $p < 0,05$ )

Примечания: В – вытеснение, О – отрицание, ОП – общий показатель теста СЖО, 2 – процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни, 5 – локус контроля – жизнь или управляемость жизни.

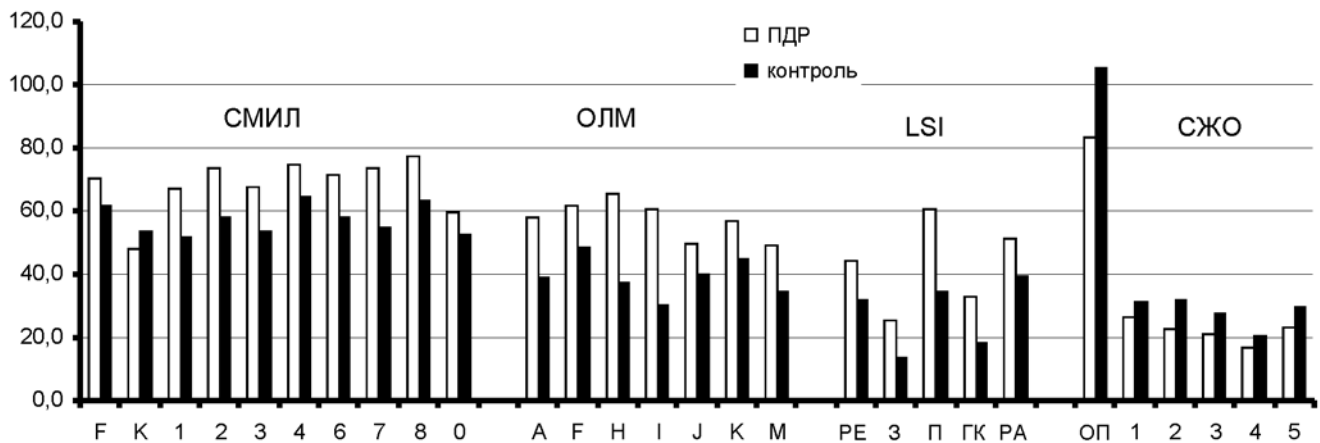


Рис. 2. Шкалы опросников СМИЛ, ОЛМ, LSI и СЖО, по которым наблюдались статистически достоверные различия между подгруппой пролонгированных депрессивных реакций и контрольной группой ( $p < 0,05$ )

Примечания: Ре – регрессия, 3 – замещение, П – проекция, ГК – гиперкомпенсация, Ра – рационализация, ОП – общий показатель теста СЖО, 1 – цели в жизни, 2 – процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни, 3 – результативность жизни или удовлетворенность самореализацией, 4 – локус контроля Я (Я – хозяин жизни); 5 – локус контроля – управляемость жизни.

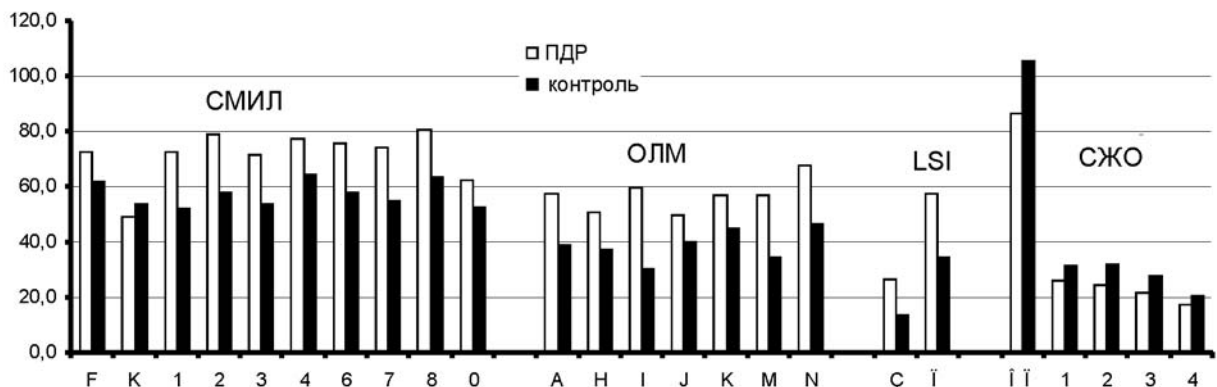


Рис. 3. Шкалы опросников СМИЛ, ОЛМ, LSI и СЖО, по которым наблюдались статистически достоверные различия между подгруппой депрессивных эпизодов и контрольной группой ( $p < 0,05$ )

Примечания: 3 – замещение, П – проекция, ОП – общий показатель теста СЖО, 1 – цели в жизни; 2 – процесс жизни или интерес и эмоциональная насыщенность жизни; 3 – результативность жизни или удовлетворенность самореализацией; 4 – локус контроля Я (Я – хозяин жизни); 5 – локус контроля – управляемость жизни.

также более низкий, по сравнению с контрольной группой уровень «вытеснения» ( $p < 0,05$ ). Психологический механизм «отрицания» в данном случае играет адаптивную роль, однако его высокие показатели отражают и недостаток других способностей личности справиться с последствиями психотравмирующей ситуации [8]. Для этого в объем психотерапевтических мероприятий были включены психотерапевтические методики, направленные на развитие способности критически рассматривать свои мысли в проблемных ситуациях и обучение альтернативным реакциям на такие ситуации и адаптивным способам выражения эмоций, а также экспозиционные методики, направленные на «вентилирование» чувств, актуализацию реактивных переживаний, их отреагирование и принятие [5].

Согласно опроснику СЖО у пациентов с кратковременными депрессивными реакциями несколько снижены показатели по 2 шкале ( $p < 0,05$ ), характеризующей их включенность в процесс жизни, что может быть понятно в связи с дистрессом в жизни, а также работой защитного механизма «отрицания», а также перенесенной психотравмирующей ситуацией в прошлом. Некоторое снижение 5-й шкалы ( $p < 0,05$ ) может говорить о снижении веры в свои силы контролировать события своей жизни, что также может быть связано с наличием реактивной стрессовой ситуации, неподвластной контролю.

Особенностью окончания психотерапии являлось привлечение внимания пациента к тому, чтобы он (она) продолжал работу в дальнейшем самостоятельно для сохранения достигнутых изменений, используя те методики, которым обучился в процессе психотерапии, особенно в стрессовых ситуациях.

*Функциональные мишени для дифференцированной краткосрочной психотерапии пациентов с пролонгированными депрессивными реакциями.* Результаты теста СМИЛ в подгруппе пролонгированных депрессивных реакций показывают повышение по большинству шкал: F, K, 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 0. Из литературы [6] известно, что если большинство (не менее 7) шкал профиля СМИЛ значительно повышены и нет шкал, показатели которых находятся ниже 55 Т (за исключением 1–2), то такой профиль называется «плавающим». Такой профиль свидетельствует о выраженном стрессе и значительной социально-психологической дезадаптации личности.

Результаты теста ОЛМ у пациентов с пролонгированными депрессивными реакциями показали высокие показатели по шкале А – бдительного (параноидного) типа ( $p < 0,05$ ), значительно более высокие показатели по шкалам Н – тревожно-уклоняющегося ( $p < 0,0001$ ), I – зависимого типов ( $p < 0,001$ ), а также по шкалам F – истерического ( $p < 0,05$ ), J – обсессивно-компульсивного ( $p < 0,05$ ), K – пассивно-агрессивного ( $p < 0,05$ ), M – мазохистического ( $p < 0,01$ ) и N – депрессивного типов

( $p < 0,01$ ). Тест ОЛМ позволил найти различия между пролонгированными депрессивными реакциями и депрессивными эпизодами по шкалам F ( $p < 0,01$ ), H ( $p < 0,001$ ) и M ( $p < 0,01$ ). У пациентов с пролонгированными депрессивными реакциями обнаружено значительно более выраженное заострение черт тревожно-уклоняющегося типа, что при психотерапии требует коррекции когнитивных искажений, свойственных данному типу личности.

В группе с пролонгированными депрессивными реакциями наблюдается снижение напряженности «отрицания» и усиление напряженности «регрессии» – уход от проблем, возвращение к инфантильным формам поведения ( $p < 0,05$ ), «замещения» – снятие напряжения путем переноса агрессии с более сильного или значимого субъекта, являющегося источником гнева, на более слабый объект или на самого себя ( $p < 0,05$ ), «проекции» – неосознаваемые и неприемлемые для личности чувства и мысли локализируются вовне, проецируются на окружающих ( $p < 0,05$ ), «гиперкомпенсации» – выработка и подчеркивание социально одобряемого поведения, основанного на «высших социальных ценностях» ( $p < 0,05$ ), а также «рационализации» – пресечение переживаний при помощи логических установок и манипуляций ( $p < 0,05$ ).

В связи с полиморфными когнитивными искажениями, находящими свое отражение в актуализации целого комплекса психологических защитных механизмов, заострении ряда шкал тестов СМИЛ и ОЛМ, мы применяли психотерапевтические вмешательства по трем направлениям [13]:

Работа с ощущением неадекватности и бесполезности собственного Я. При этом применялись методики, которые способствуют коррекции образа собственного Я как в настоящем переживании, так и в прошлом опыте. Кроме того, для более глубокого понимания себя и изменения отношения к собственной личности проводилось обсуждение результатов психологических тестов с применением рефрейминга (то есть пациенту предлагалось взглянуть на свои черты личности под другим углом, как на нераспознанные сильные стороны).

Работа с избеганием. Применялись методики, направленные на работу с негативными эмоциями, с выработкой иного, чем избегание, отношения к эмоциям. Кроме этого, использовались упражнения по обучению социальным навыкам (тренинг ассертивности). Основная часть психотерапии состояла в том, чтобы помочь пациентам в выявлении и проверке когнитивной основы паттернов избегания. Чтобы это сделать, вначале помогали пациенту прийти к пониманию корней негативных схем. Затем эти схемы проверялись через прогнозирующие эксперименты, направленное наблюдение и повторное переживание с помощью ролевой игры, основанной на связанных со схемой случаях из раннего детства.

Работа, направленная на уменьшение дихотомического мышления («черное» или «белое», «все»

или «ничего»). Чтобы эффективно уменьшить дихотомическое мышление, сначала пациентам демонстрировали, что у них присутствует дихотомическое мышление, и убеждали их, что в их интересах изменить такое мышление. Затем с использованием метафор, примеров обсуждения реальных случаев из жизни пациентов помогали понять, что мышление в терминах континуума оказывается более реалистичным и более адаптивным, чем дихотомическое мышление.

При пролонгированных депрессивных реакциях, по сравнению с контролем, достоверно более низкие значения выявлены по общему показателю ( $p < 0,05$ ), шкалам 1 ( $p < 0,01$ ), 2 ( $p < 0,01$ ), 3 ( $p < 0,05$ ), 4 ( $p < 0,05$ ) и 5 ( $p < 0,05$ ). Результаты, таким образом, говорят о неудовлетворенности пациентов данной группы своей жизнью в настоящем и прошлом, неверии в свои силы контролировать события собственной жизни, убежденности в том, что жизнь человека неподвластна сознательному контролю, что свобода выбора иллюзорна и бессмысленно что-либо загадывать на будущее. Для коррекции ценностно-смысловой сферы личности применялись техники экзистенциальной психотерапии, направленные на конфронтацию со смертью, осознание свободы выбора и ответственности, преодоление ощущения бессмысленности собственной жизни и социальной изоляции.

Для сохранения изменений проводилось обучение пациента методикам разотождествления, которые помогают преодолеть дисфункциональные убеждения и когнитивные искажения.

*Функциональные мишени для дифференцированной краткосрочной психотерапии пациентов с депрессивными эпизодами.*

У пациентов с депрессивными эпизодами также наблюдается «плавающий» профиль СМИЛ, причем наблюдалось множество корреляций между шкалами СМИЛ и клиническими показателями депрессии. Результаты теста ОЛМ у пациентов с депрессивными эпизодами показали высокие показатели по шкале А – бдительного типа ( $p < 0,001$ ), значительно более высокие показатели по шкалам Н – тревожно-уклоняющегося ( $p < 0,0001$ ), I – зависимого ( $p < 0,00001$ ), М – мазохистического ( $p < 0,0001$ ), N – депрессивного типов ( $p < 0,0001$ ), а также по шкалам J – обсессивно-компульсивного ( $p < 0,05$ ) и K – пассивно-агрессивного ( $p < 0,05$ ) типов. Пациенты с депрессивными эпизодами имеют более высокие показатели депрессивного и мазохистического типов, что может быть обусловлено как преморбидным складом личности пациента, так и влиянием самой депрессии на личность. Шкала N (депрессивный тип) наиболее высоко расположена у пациентов с депрессивными эпизодами, что, по-видимому, отражает влияние клинической симптоматики на ответы испытуемого, приведшие при обработке к столь высоким результатам. Пациенты с депрессивными эпизодами, согласно опроснику LSI, отличались актуализацией

психологических защит в виде «замещения» ( $p < 0,01$ ), при котором агрессивные импульсы часто переправляются на себя, и «проекции» ( $p < 0,001$ ), посредством которой усиливается представление о мире как опасном и ненадежном.

В соответствии с выявленной более тяжелой, по сравнению с другими клиническими группами, симптоматикой депрессии при расстройствах в рамках депрессивного эпизода в начальной фазе психотерапия носила поддерживающий характер и являлась дополнительной к интенсивной психофармакотерапии. Применялись следующие поддерживающие психотерапевтические вмешательства:

а) направленные на нахождение сильных сторон в личности пациента и в психотерапевтической ситуации (когнитивная модальность);

б) направленные на поиск ресурса в негативных ощущениях и способствующие поддержанию позитивных ощущений (модальность ощущений);

в) способствующие большей активности и отвлечению от мрачных мыслей, а также угасанию депрессогенных поведенческих стратегий пациента (поведенческая модальность);

г) направленные на ресурсную проработку конфликтных и стрессогенных ситуаций, связанных с отношениями пациента с актуальными для него/нее людьми (модальность межличностных отношений).

При депрессивных эпизодах выявлены, согласно тесту СЖО, различия по общему показателю ( $p < 0,01$ ), шкалам 1 ( $p < 0,05$ ), 2 ( $p < 0,001$ ), 3 ( $p < 0,05$ ) и 4 ( $p < 0,01$ ), что свидетельствует о характерных для клинически выраженной депрессии пессимизме по поводу своего будущего, неудовлетворенности своей жизнью в настоящем, неверии в свои силы контролировать события собственной жизни. Для коррекции данных нарушений использовались техники экзистенциальной психотерапии.

К концу стационарного лечения были выявлены различия между основной группой и группой сравнения. В подгруппе пациентов с кратковременными депрессивными реакциями у пациентов основной группы, по сравнению с группой сравнения, был ниже суммарный балл по шкале Гамильтона ( $p < 0,05$ ), показатели подавленного настроения ( $p < 0,05$ ), психической ( $p < 0,05$ ) и соматической тревоги ( $p < 0,05$ ), общесоматических симптомов ( $p < 0,05$ ). В подгруппе пациентов с пролонгированными депрессивными реакциями выявлено: в основной группе, по сравнению с группой сравнения, был ниже показатель психической тревоги ( $p < 0,05$ ) и суммарный балл по шкале Гамильтона ( $p < 0,05$ ). В подгруппе пациентов с депрессивными эпизодами выявлено: в основной группе, по сравнению с группой сравнения, к концу стационарного лечения был ниже показатель соматической тревоги ( $p < 0,05$ ), деперсонализации ( $p < 0,05$ ) и значительно ниже – суммарный балл по шкале Гамильтона ( $p < 0,001$ ).

Результаты катamnестического исследования (через год), по которым были выявлены различия

**Результаты катamnестического исследования пациентов основной группы и группы сравнения с использованием клинической шкалы, разработанной в научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М.Бехтерева**

Критерии оценки эффективности психотерапии	Кратковременные депрессивные реакции		Пролонгированные депрессивные реакции		Депрессивные эпизоды	
	основная (n=9)	сравнения (n=7)	основная (n=8)	сравнения (n=7)	основная (n=19)	сравнения (n=8)
I. Критерий симптоматического улучшения:						
-симптоматика отсутствует	7 (77%)	3 (43%)	5 (63%)	2 (29%)	12(63%)	3 (37%)
-сниженное настроение	2 (22%)	4 (57%)	2 (25%)	5 (71%)	6 (32%)	5 (63%)
-ангедония	0 (0%)	2 (29%)	3 (38%)	5 (71%)	7 (37%)	5 (63%)
-снижение энергии	0 (0%)	2 (29%)	3 (38%)	5 (71%)	7 (37%)	5 (63%)
-инсомния	0 (0%)	3 (43%)	0 (0%)	4 (57%)	2 (11%)	5 (63%)
-соматические симптомы депрессии	0 (0%)	2 (29%)	0 (0%)	4 (57%)	3 (16%)	4 (50%)
-нарушение аппетита	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (14%)	0 (0%)	2 (25%)
-повторная госпитализация	0 (0%)	0 (0%)	1 (25%)	3 (43%)	1 (5%)	4 (50%)
II. Критерий осознания психологических механизмов депрессии – понимание собственного участия в возникновении депрессии	6 (67%)	3 (43%)	7 (88%)	3 (43%)	14 (74%)	5 (63%)
III. Критерий изменения нарушенных отношений личности – изменение отношения, использование психотерапевтического опыта в жизни	7 (78%)	3 (43%)	7 (88%)	3 (43%)	15 (78%)	5 (63%)
IV. Критерий улучшения социального функционирования – удовлетворенность своим социальным положением	6 (67%)	5 (71%)	5 (63%)	2 (29%)	15 (78%)	3 (38%)

Примечания: различия между основной группой и группой сравнения  $p < 0,05$ .

( $p < 0,05$ ), представлены в табл. 2. При распросе были выявлены симптомы, которые присутствовали в настоящем или хотя бы раз возникали с достаточной силой в течение года.

Таким образом, катamnестическое исследование показало, что в основной группе наблюдаются более устойчивые показатели симптоматического улучшения, социального функционирования и использования полученного психотерапевтического опыта в жизни.

### Выводы

Проведенное исследование показало, что включение модели дифференцированной краткосрочной психотерапии с использованием мультимодального подхода в комплексное лечение расстройств

депрессивного спектра непсихотического уровня позволяет улучшить результаты лечения пациентов как в краткосрочном, так и в долгосрочном аспектах по сравнению со стандартным комплексным лечением, включающим когнитивную психотерапию и фармакотерапию.

Широкий спектр мультимодальных психотерапевтических вмешательств, дифференцированно подобранных при расстройствах депрессивного спектра в соответствии с выраженностью и длительностью клинической симптоматики, а также психологическими особенностями, способствует более быстрой и стойкой редуции депрессивных симптомов, а также восстановлению социально-психологической адаптации личности пациентов.

### ЛИТЕРАТУРА

- Карвасарский Б.Д. и соавт. Групповая психотерапия / Под ред. Б.Д.Карвасарского, С.Ледера. М.: Медицина, 1990. 384 с.
- Лазарус А. Краткосрочная мультимодальная психотерапия. Пер. с англ. СПб.: Речь, 2001. 256 с.
- Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). 2-е изд. М.: Смысл, 2000. 18 с.
- Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. СПб.: Адис, 1994. С. 131–170.
- Прохазка Дж., Норкросс Дж. Системы психотерапии. Для консультантов, психотерапевтов и психологов. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. 383 с.
- Собчик Л.Н. Стандартизованный многофакторный метод исследования личности СМЛЛ. СПб.: Речь, 2002. 219 с.
- Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. Пер. с англ. М.: Медиа Сфера, 1998. 348 с.
- Фрейд А. Психология Я и защитные механизмы. М., 1993. С. 65.
- Шоу Б. и соавт. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер, 2003. 304 с.
- de Maat S.M. et al. Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: A meta-analysis // Eur. Psychiatry. 2007. Vol. 22, N 1. P. 1–8.
- Depression Guideline Panel. Clinical practice guideline. Depression in primary care: volumes 1–4. Publications No. 93-0550-0553. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research, 1993.
- Fava G.A. et al. Six-year outcome of cognitive behavior therapy for prevention of recurrent depression // Am. J. Psychiatry. 2004. Vol. 161, N 10. P. 1872–1876.
- Hall M.L. The structure of personality. Modeling “Personality” using NLP and Neuro-Semantics. Crown House Publishing, 2001. 604 p.
- Hamilton M. A rating scale for depression // J. Neurol. Neurosurgery Psychiatry. 1960. Vol. 23. P. 56–62.
- Keller M.B. et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression // N. Engl. J. Med. 2000. Vol. 342. P. 1462–1470.
- Netzel M.T. et al. A meta-analysis of the effectiveness of cognitive therapy for depression // J. Consult. Clin. Psychol. 1989. Vol. 57. P. 414–419.
- Oldham J.M., Morris L.B. The new personality self-portrait: why you

think, work, love, and act the way you do. Bantam Books, 1995. 449 p.

18. Paykel E.S. Depression: major problem for public health // *Epidemiol. Psychiatry Soc.* 2006. Vol. 15, N 1. P. 4–10.

19. Plutchik R., Conte H. Measuring emotions and their derivatives: personality traits, Ego defenses and coping styles // *Contemporary approaches to psychological assessment.* New York, 1989. P. 241–249.

20. Schulberg H.C. et al. Applications of interpersonal psychotherapy to depression in primary care practice // *New applications of interpersonal psychotherapy* / G.L.Klerman, M.M.Weissman (Eds.). Washington, DC: American Psychiatric Press, 1993. P. 265–291.

## **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К КРАТКОСРОЧНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАССТРОЙСТВ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ**

**С. А. Игумнов, В. А. Жебентяев**

В статье приводятся результаты исследования дифференцированной краткосрочной психотерапии с использованием мультимодального подхода А.Лазаруса, разработанной на основе данных клинических и психологических методов исследования 119 пациентов с расстройствами депрессивного спектра непсихотического уровня. Показано, что включение дифференцированной краткосрочной психотерапии с использованием мультимодального подхода в комплексное лечение

расстройств депрессивного спектра непсихотического уровня позволяет улучшить результаты лечения пациентов как в краткосрочном, так и в долгосрочном аспектах, по сравнению со стандартным комплексным лечением.

**Ключевые слова:** расстройства депрессивного спектра, комплексное лечение, краткосрочная психотерапия, мультимодальный подход.

## **DIFFERENTIATED APPROACHES TO SHORT-TERM PSYCHOTHERAPY IN MULTI-COMPONENT TREATMENT OF DEPRESSIVE NON-PSYCHOTIC DISORDERS**

**S. A. Igoumnov, V. A. Zhebentyaev**

The article presents the results of investigation of differentiated short-term psychotherapy based on A.Lazarus multimodal treatment. The authors have analyzed the clinical and psychological characteristics of 119 patients with depressive non-psychotic disorders and showed that the use of differentiated short-term psychotherapy contributed to better treatment

results both in short and long-term perspectives, in comparison with standard multi-component treatment.

**Key words:** depressive non-psychotic disorders, multi-component treatment, short-term psychotherapy, multimodal approach.

---

**Игумнов Сергей Александрович** – доктор медицинских наук, профессор, директор ГУ «РНПЦ психического здоровья МЗ Республики Беларусь»; e-mail: rkrb@mail.belpak.by

**Жебентяев Виталий Александрович** – ассистент кафедры психиатрии и наркологии УО «Витебский государственный медицинский университет»; e-mail: vitaliyzh@mail.ru