



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **103632** (13) **U**
(51) МПК (2015.01)
A61K 31/00
A61P 25/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2015 05889	(72) Винахідник(и): Марута Наталія Олександрівна (UA), Панько Тамара Василівна (UA), Каленська Галина Юріївна (UA), Федченко Вікторія Юріївна (UA), Марута Оксана Сергіївна (UA)
(22) Дата подання заявки: 15.06.2015	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.12.2015	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.12.2015, Бюл.№ 24	(73) Власник(и): ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ", вул. Академіка Павлова, 46, м. Харків, 61068 (UA)

(54) СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТРИВОЖНУ ДЕПРЕСІЮ

(57) Реферат:

Спосіб комплексного лікування хворих на тривожну депресію за допомогою комплексу психотерапевтичних технік на тлі традиційної медикаментозної терапії. На тлі базової терапії венлафаксином по 37,5 мг 2 рази перші 5 днів, та протягом всього стаціонарного курсу по 75 мг двічі на добу (20-22 доби) призначають комплекс психотерапевтичних заходів.

UA 103632 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до психіатрії, психотерапії і може бути використана при лікуванні депресії з симптомами тривоги.

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. Затяжний перебіг депресивних розладів, часті рецидиви, неповна ремісія суттєво впливають на адаптаційні можливості пацієнтів та якість їхнього життя, наслідком чого є значне порушення соціального функціонування.

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.

Існує спосіб лікування тривожно-депресивних розладів шляхом призначення медикаментозних засобів (Психіатрія /За ред. проф. Напрєєнка О.К. - К.: Здоров'я, 2001. – С. 504-518) де при визначенні діагнозу депресії хворому призначають симптоматичне базисне лікування: препарати антидепресивної, психотропної, адаптогенної, імуностимулюючої, біостимулюючої, ноотропної дії).

Недоліками аналогу можна визначити пріоритетність медикаментозної терапії в лікуванні даних хворих, яка не є етапною, фармакологічно комбінованою з урахуванням етіопатогенезу, а реабілітаційні заходи - недостатньо дієвими, що значно збільшує термін лікування і залишає якість життя пацієнтів низькою.

Прототипом корисної моделі є спосіб лікування тривожної депресії шляхом застосування апробованої комбінації фармакологічних препаратів та проведення психотерапевтичних заходів для забезпечення комплексного лікування (Пат. 19149, МПК А61К 31/00. Спосіб лікування тривожно-депресивних розладів /Русіна С.М.; заявник та патентовласник Буковинський державний медичний університет МОЗ України. - опубл. 15.12.2006).

Такий підхід призводить до скорочення терміну лікування, підвищення ефективності реабілітаційних програм та покращенню соціальної адаптації.

Недоліком даного способу є не достатня ефективність застосованих психотерапевтичних методик на зниження рівня особистісної та реактивної тривожності, що не призводить до бажаного результату.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу лікування тривожних депресій за допомогою комплексу психотерапевтичних технік на тлі традиційної медикаментозної терапії, що призводить до зменшення психопатологічних проявів, що досягається шляхом зниження рівня особистісної та реактивної тривожності, відновлення механізмів саморегуляції, формування позитивної стійкої самооцінки та мотивації, до змін наявних неконструктивних стилів поведінки, що забезпечує підвищення ефективності лікування, попередження ризику хронічного перебігу захворювання, зниження ризику самогубства, покращення якості життя, профілактику рецидивів та загострень.

Для вирішення поставленої задачі хворим на тлі базової терапії венлафаксином по 37,5 мг 2 рази перші 5 днів, та протягом всього стаціонарного курсу по 75 мг двічі на добу (20-22 доби) призначають комплекс психотерапевтичних заходів.

Суть корисної моделі полягає в комплексному впливі фармако- і психотерапії з використанням засобів когнітивно-біхевіоральної, особистісно-орієнтованої та сімейної психотерапії та починається якомога раніше з урахуванням основних клінічних проявів.

Психотерапевтичний вплив спрямований, насамперед, на зменшення виразності психопатологічних проявів, що досягається шляхом зниження рівня особистісної та реактивної тривожності, відновлення механізмів саморегуляції, формування позитивної стійкої самооцінки та мотивації, що сприяє зміні наявних неконструктивних стилів поведінки.

Спосіб здійснюється таким чином.

Розроблена система психотерапевтичної корекції тривожної депресії заснована на наступних 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 та групової психотерапії;
- оптимальна тривалість психотерапії;
- спадкоємність в процесі коригуючих заходів;
- надання психопрофілактичних рекомендацій.

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

В ході психотерапевтичного впливу було виділено 3 етапи:

- 1) седативно-підтримуючий (3-4 заняття);
- 2) лікувально-стабілізуючий (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 засновується на методах когнітивно-поведінкової та особистісно-орієнтованої терапії. Провідною терапією на першому етапі є особистісно-орієнтована психотерапія. Важливим моментом є роз'яснення пацієнту необхідності його лікування. Хворий повинен розуміти, чому йому необхідна та або інша форма терапії, які ефекти і результати від її вживання можна чекати. Слід вказати на відстрочений ефект терапевтичної дії антидепресантів, інакше у хворого може наступити розчарування в призначеному лікуванні.

Цілями особистісно-орієнтованої психотерапії є: зменшення і/або повне усунення симптомів розладу; зниження вірогідності виникнення рецидиву після завершення лікування; підвищення ефективності фармакотерапії; вирішення психосоціальних проблем (які можуть або бути наслідком психічного розладу, або передувати його появі); усунення причин, сприяючих розвитку психопатології: зміна дезадаптивних переконань (схем), корекція когнітивних помилок, зміна дисфункціональної поведінки.

На першому етапі когнітивно-поведінкової терапії застосовуються методи виявлення і коректування автоматичних думок, які були спільними для обох груп обстежених і включає наступні методики:

а) аналіз переживань: необхідно змінити хворобливе уявлення пацієнта про власну безпорадність щодо себе та хвороби та безвихідність із ситуації депресивного розладу, та допомогти йому визначити позитивні чинники, на які можливо спиратися при подоланні депресії. 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.

б) віддалення: суть цієї методики полягає в тому, що пацієнт повинен зайняти об'єктивну позицію по відношенню до власних думок, тобто віддалитися від них. Відчуження передбачає 3 компоненти:

1) усвідомлення автоматичності "поганої" думки, її мимовільності, розуміння того, що дана схема виникла раніше при інших обставинах або була нав'язана іншими людьми ззовні;

2) усвідомлення того, що "погана" думка неадаптивна, тобто викликає страждання, страх або розчарування;

3) виникнення сумніву в істинності цієї неадаптивної думки, розуміння того, що дана схема не відповідає новим вимогам або новій ситуації (наприклад, думка "Бути щасливим - означає бути в усьому першим", яка була сформована у відмінника в школі, може призвести до розчарування, якщо йому не вдається стати першим в університеті).

На другому етапі (лікувально-стабілізуючий) базовим методом психотерапевтичного впливу є 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. Ейдемилер, В.В. Юстицький, В. Сатир, Б. Хелінгер) [95-98], що розроблений для хворих на ендogenous депресивні розлади і складає 2-3 заняття на тиждень.

Групова форма терапії дає можливість витягнути з кожного пацієнта безліч негативних настанов і переконань, які не завжди спливають назовні при індивідуальній терапії. Систематичне виявлення і дослідження подібних думок відкриває можливість для того, щоб продемонструвати пацієнту зв'язок між думкою і емоцією або поведінкою, а також навчити його відстежувати свої негативні когніції та заперечувати їх.

При визначенні цілей групової психотерапії депресивних хворих необхідно враховувати, що хоча психотерапія не призводить до зняття ендogenous симптоматики, група сприяє виникненню у пацієнтів відчуття приналежності 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 (різні вербальні і невербальні прийоми) при ендogenous депресіях проводиться після зняття гострої депресивної симптоматики. Чим гостріше стан хворого, тим менше показані прийоми розкриття переживань раннього дитинства і

опрацювання "вторинних вигод" від захворювання. Основним завданням попереднього етапу групової психотерапії є визначення здатності пацієнта до міжособистісного функціонування.

Базовими техніками, які застосовуються у пацієнтів на тривожну депресію на другому етапі є наступні:

5 а) декатастрофікація. Терапевт: "Давайте поглянемо, що було б, якби...", "Як довго ви переживатимете подібні негативні відчуття?", "Що буде потім? Ви помрете? Світ руйнуватиметься? Це зіпсує вашу кар'єру? Ваші близькі відмовляться від вас?" і тому подібне. Пацієнт розуміє, що все має тимчасові рамки, і автоматична думка "цей жах ніколи не скінчиться" зникає.

10 б) використання уяви. У тривожних пацієнтів переважають не стільки "автоматичні думки", скільки "нав'язливі образи", тобто до дезадаптації призводить скоріше не мислення, а уява (фантазія). Використовувалися наступні методики:

1) методика припинення: гучна команда собі "припинити!" - негативний образ мислення або уяви припиняється.

15 2) методика повторення: повторити кілька разів правильний образ мислення, щоб зруйнувати стереотип, що сформувався.

3) позитивна уява: позитивний образ замінює негативний та здійснює релаксуючу дію.

4) конструктивна уява (десензитизація): пацієнт ранжирує вірогідність очікуваної події, що призводить до того, що прогноз позбавляється своєї глобальності і неминучості.

20 в) цілеспрямоване повторення. Програвання бажаної поведінки, багатократне випробування різних позитивних інструкцій на практиці, що веде до посилення самоефективності. Інколи пацієнт сповна згоден з правильними аргументами під час психотерапії, але швидко забуває їх після сеансу і знов повертається до попередніх "неправильних" аргументів, оскільки вони багато разів записані у нього в пам'яті, хоча він і розуміє їх нелогічність. У такому разі, правильні аргументи краще записати на папір і регулярно перечитувати.

25 Метою сімейної терапії на цьому етапі лікування є допомога членам родини абстрагуватися від деструктивних форм спілкування і в процесі цього зменшити симптоми депресії. Сімейна терапія допомагає всім членам родини навчитися усвідомлювати і жити з думкою, що рідна людина хвора на емоційну хворобу і дає можливість відкрито говорити про свої скарги без звинувачень один одного.

30 Таким чином, важливою задачею є інформування пацієнта і членів його сім'ї про діагноз тривоги в структурі депресивного розладу при акценті на можливостях його лікування науково обґрунтованими методами (фармакологічними і психотерапевтичними) і умовах ефективності їх застосування. В межах сімейної терапії застосовуються наступні прийоми: уміння слухати; навчання за допомогою питань; повторення (резюмування); сумарне повторення; уточнення (прояснення) і віддзеркалення афекту; конфронтація; програвання ролей.

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

40 На заключному етапі в межах когнітивно-поведінкової терапії (яка є провідною на цьому етапі лікування) застосовується техніка 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, то клієнт виконуватиме деяку послідовність дій в зазначений для цього час, а до того, як ця подія станеться, пацієнт не страждатиме даремно від переживань.

45 Розроблений комплекс психотерапевтичного втручання показав високу ефективність у хворих на депресивні розлади з симптомами тривоги: так у 65,91 % хворих відзначалося одужання та значне покращення з суттєвою психологічною перебудовою та зменшенням клінічних симптомів. У 31,82 % хворих було відмічене покращення стану. І лише у 2,27 % хворих стан майже не змінився.

Приклад.

Пацієнтка Б.К., 34 років, перебувала на стаціонарному лікуванні з 14.03.2014-04.04.2014.

55 Діагноз: Рекурентний депресивний розлад, поточний епізод помірної важкості з соматичними симптомами.

60 Хвора поступила із скаргами на зниження настрою, тривогу, непосидючість, що пов'язана з тривогою, занепокоєння, побоювання, що з нею що-не-будь станеться, напади з прискореним серцебиттям, підвищенням АТ до 150/100 мм рт. ст., відчуттям нестачі повітря, запамороченням, відчуттям оніміння правої ноги, внутрішнім тремтінням і тремором рук, плаксивість на тлі поганого самопочуття, порушення сну - сон сторожкий, поверхневий з

частими пробудженнями та неприємними сновидіннями, що не приносить відчуття відпочинку, відчуття, що зсередини давить на вуха, головні болі в лобово-скроневій області, давить на очі, відчуття жару в ногах, парестезії в правій нозі, що супроводжуються нудотою, підвищену нервозність, дратівливість, стомлюваність, болі в серці колючого характеру і відчуття, що серце працює якось неправильно.

Вважає себе хворою тривалий час, аналогічні стани мали місце в минулому тричі. Вперше подібний стан відзначався в 26 років, без помітних зовнішніх причин. Спочатку лікувалася самостійно, приймала корвалтаб - без особливого ефекту. Потім звернулася до сімейного лікаря, який направив до психіатра. Амбулаторно приймала паксил, гідазепам, але оскільки стан не поліпшувався була направлена до стаціонару. Двічі (у 2008 та 2012 роках) лікувалася в клініці неврозів та граничних станів ІНПН НАМН, після виписки антидепресанти приймала протягом 4-5 місяців, після лікування почувала себе добре, але відмічає, що стала реагувати на всі події в житті більш негативно. Дане погіршення стану близько 5 тижнів, чіткої причини вказати не може. У зв'язку із загостренням симптоматики звернулася спочатку за місцем проживання в поліклініку, а потім була направлена в консультативну поліклініку інституту. У плановому порядку госпіталізована в клініку неврозів та граничних станів ІНПН НАМН.

Анамнез життя: ранній розвиток без особливостей. Спадковість нервово-психічними захворюваннями не обтяжена. Освіта вища. Заміжня, має 1 дитину. Не працює.

У сомато-неврологічному статусі без особливостей.

Об'єктивно: доступна контакту, орієнтована всебічно вірно. Фон настрою помірно знижений. Вкрай тривожна, протягом всієї бесіди непосидюча, висловлює занепокоєння погіршенням свого стану, тим фактом, що хвороба повертається. Тем мислення, мова дещо сповільнені. Емоційно лабільна, часом схильна до лакримальних реакцій. Фіксована на особливості свого стану. Інтелект відповідає життєвому досвіду та здобутій освіті. Відмічає, що треба себе спонукати до дій, що нема відчуття радості. Продуктивної психопатологічної симптоматики не виявлено. Суїцидальні думки заперечує. На лікування налаштована позитивно, просить про допомогу.

Термін перебування в стаціонарі склав 24 дні, протягом якого пацієнтка проходила обов'язковий курс фармакотерапії, що включав застосування антидепресантів (венлафаксин 37,5 мг 2 рази на добу перші 5 днів), та препаратів загальноозміцнюючої дії (вітамінів) та препаратів нейрометаболічної дії. Терапевтична схема і план лікування враховували характер перебігу захворювання, особливості реактивності організму, сомато-неврологічний стан та особистісні характеристики.

Метою психотерапевтичного впливу було встановлення партнерських стосунків між лікарем та пацієнткою, активне залучення пацієнтки в лікувально-реабілітаційний процес, пояснення їй суті та прогнозу захворювання, посилення курсу фармакотерапії, корекція порушень самооцінки та взаємовідношень з мікросоціальним оточенням, а також психологічна підтримка.

Комплекс психотерапевтичних заходів включав когнітивно-поведінкову, особистісно-орієнтовану, а також сімейну психотерапію і проводився у формі індивідуальних та групових занять, які, передусім, мали загальноосвітальний, підтримуючий та адаптаційний характер.

Психотерапевтичний вплив здійснювався в 3 етапи:

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

Перший етап (седативно-підтримуючий) складався з 4 щоденних індивідуальних занять тривалістю по 40 хвилин та засновувався на методах особистісно-орієнтованої терапії та когнітивно-поведінкової. Важливим моментом було роз'яснення пацієнтці необхідності її лікування. Роз'яснення тактики лікування мало стимулюючу дію, сприяло підвищенню самоповаги, відчуттю своєї активної участі в лікувальному процесі, потенціювало схильність до дотримання терапевтичного режиму, а також було спрямовано на підготовку хворої до включення до психотерапевтичної групи.

Цілями особистісно-орієнтованої терапії було: зменшення і/або повне усунення симптомів розладу; зниження вірогідності виникнення рецидиву після завершення лікування; підвищення ефективності фармакотерапії; вирішення психосоціальних проблем (які можуть або бути наслідком психічного розладу, або передувати його появі); усунення причин, сприяючих розвитку психопатології: зміна дезадаптивних переконань (схем), корекція когнітивних помилок, зміна дисфункціональної поведінки.

Терапевтичні техніки, які використовувалися в рамках когнітивно-поведінкової терапії по А. Беку, спиралися на когнітивну модель психопатології і дозволяли виявити, проаналізувати і скоректувати помилкові концептуалізації і дисфункціональні переконання (схеми) пацієнтки.

Для досягнення вказаних цілей лікар допомагав пацієнтці вирішити наступні завдання: усвідомити вплив думок на емоції і поведінку; навчитися виявляти негативні автоматичні думки і спостерігати за ними; досліджувати негативні автоматичні думки і 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.

Перші сеанси були націлені на формування взаємодії з пацієнткою, ідентифікацію проблеми, подолання безпорадності, вибір пріоритетного напрямку, виявлення зв'язку між ірраціональними переконаннями і емоціями, з'ясування помилок в мисленні, визначення зон можливої зміни, включення пацієнтки в когнітивно-поведінковий підхід. На першому етапі перевага надавалася індивідуальним формам роботи. Головним заходом індивідуальної терапії була психотерапевтична бесіда.

На першому етапі когнітивно-поведінкової терапії застосовувалися методи виявлення і коректування автоматичних думок, що включали наступні методики:

а) аналіз переживань: дав можливість змінити хворобливе уявлення пацієнтки про власну безпорадність щодо себе, своєї хвороби та безвихідність із ситуації депресивного розладу, та надав допомогу у визначенні позитивних чинників, на які можливо спиратися при подоланні депресії. Підкреслювалося виключно важливе значення щодо ставлення самої пацієнтки до себе та своєї хвороби та необхідність активної участі її у протистоянні з хворобою. Пацієнтці надавалася інформація, що від її власних зусиль залежить її стан, що вона може впливати на власні емоції та настрої.

б) віддалення: суть цієї методики полягала в тому, що пацієнтка повинна зайняти об'єктивну позицію по відношенню до власних думок, тобто віддалитися від них. Відчуження передбачає 3 компоненти:

1) усвідомлення автоматичності "поганих" думок, її мимовільності, розуміння того, що дана схема виникла раніше при інших обставинах або була нав'язана іншими людьми ззовні;

2) усвідомлення того, що "погані" думки неадаптивні, тобто викликають страждання, страх або розчарування;

3) виникнення сумніву в істинності цієї неадаптивної думки, розуміння того, що дана схема не відповідає новим вимогам або новій ситуації.

На другому етапі (лікувально-стабілізуєчий) базовим методом психотерапевтичного впливу була диференційована когнітивно-поведінкова терапія. Індивідуальні та групові заняття проводилися щодня тривалістю 40 хвилин і 1,5 години відповідно (по 10 занять). Також на цьому етапі розпочинався курс системної сімейної психотерапії (Е.Г. Ейдемільер, В.В. Юстицький, В. Сатир, Б. Хелінгер), що був розроблений для хворих на ендogenous депресивні розлади і складав 2-3 заняття на тиждень.

При визначенні цілей групової психотерапії враховувалося, що хоча психотерапія не призводить до зняття ендogenous симптоматики, група сприяє виникненню у пацієнтів відчуття приналежності 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.

Під час психотерапевтичної корекції застосовувалися спеціальні техніки з акцентом на виявлених в ході клініко-психопатологічного та патопсихологічного досліджень "мішенях" психотерапевтичного впливу: виражених фобічному, сомато-вегетативному та іпохондричному компонентах.

Базовими техніками, які застосовувалися у пацієнтки на другому етапі були наступні:

а) декатастрофікація. Терапевт: "Давайте поглянемо, що було б, якби...", "Як довго ви переживатимете подібні негативні відчуття?", "Що буде потім? Ви помрете? Світ руйнуватиметься? Це зіпсує вашу кар'єру? Ваші близькі відмовляться від вас?" і тому подібне. Пацієнтка розуміє, що все має тимчасові рамки, і автоматична думка "цей жах ніколи не скінчиться" зникає.

б) використання уяви. У тривожних пацієнтів переважають не стільки "автоматичні думки", скільки "нав'язливі образи", тобто до дезадаптації призводить скоріше не мислення, а уява (фантазія). Використовувалися наступні методики:

1) методика припинення: гучна команда собі по відношенню до негативного образу мислення або уяви "припинити!".

2) методика повторення: повторити кілька разів правильний образ мислення, щоб зруйнувати стереотип, що сформувався.

3) позитивна уява: позитивний образ замінює негативний і здійснює релаксуючу дію.

4) конструктивна уява (десензитизація): пацієнтка ранжирує вірогідність очікуваної події, що призводить до того, що прогноз позбавляється своєї глобальності і неминучості.

в) цілеспрямоване повторення. Програвання бажаної поведінки, багатократне випробування різних позитивних інструкцій на практиці, що веде до посилення самоефективності.

5 Метою сімейної терапії тривожної депресії було допомогти членам родини пацієнтки абстрагуватися від деструктивних форм спілкування і в процесі цього зменшити симптоми депресії. Сімейна терапія допомагала всім членам родини навчитися усвідомлювати і жити з думкою, що рідна людина хвора на емоційну хворобу і дає можливість відкрито говорити про свої скарги без звинувачень один одного. На сеансі сімейної психотерапії з присутністю всіх залучених в проблему членів родини обговорювалися способи боротьби з тривогою, до яких вдається пацієнтка, і з'ясовувалася міра участі кожного члена сім'ї в цій деструктивній поведінці.

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

15 Третій (адаптаційно-профілактичний) етап був присвячений закріпленню досягнутого терапевтичного результату, навичок психічної саморегуляції та нових когнітивних стратегій і включав 4 індивідуальних та групових заняття.

На заключному етапі в межах когнітивно-поведінкової терапії застосовувалася техніка планування дій на майбутнє, яка полягає в тому, що пацієнтка і лікар спільно розробляли для пацієнтки реалістичний "план дій" на майбутнє, з конкретними умовами, діями і термінами виконання, записували цей план на папір. Наприклад, якщо станеться катастрофічна подія, то пацієнтка виконуватиме деяку послідовність дій в зазначений для цього час, а до того, як ця подія станеться, не страждатиме даремно від переживань.

В процесі короткострокового комплексу психотерапевтичних заходів у пацієнтки двічі проводилося експериментально-психологічне дослідження: на початковому та заключному 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.

30 За результатами методики для дослідження динаміки стану на різних стадіях психотерапії URICA було встановлено, що на початковому етапі психотерапії у пацієнтки спостерігались високі показники стадії "Передроздумів" (30 балів). На даній стадії пацієнтка не розуміла характер своїх проблем або взагалі не визнавала їх наявність. Вона не мала бажання щось змінювати у собі або в своєму майбутньому, проте її увага вибірково була спрямована саме на передчуття можливої небезпеки. Пацієнтка вважала себе нездатною впоратися із загрозою, контролювати оточуюче. При цьому, часто спостерігалась реакція опору розумінню та вирішенню проблем.

40 Показники стадій "Роздумів" та "Дій" на початковому етапі психотерапії були нижче за середні і становили (24 і 21 балів відповідно), що свідчило про відсутність аналізу ситуації та серйозних намірів її подолати, а також відсутність тенденції активно змінювати свою поведінку, вчинки та ставлення до оточуючого з метою вирішення проблеми. Крім того, пацієнтка була переконана, що занепокоєння є своєрідним ефективним механізмом, який дозволяє їй адаптуватися до ситуації. Також на початковому етапі психотерапії у неї спостерігались низькі показники стадії "Збереження" (19 балів), що відбивало стурбованість пацієнтки можливим поверненням відчуття тривоги й психологічного дискомфорту.

45 При проведенні повторної оцінки на заключному етапі психотерапії відзначалося достовірне зниження показників стадії "Передроздуми" (18 балів) та підвищення показників стадій "Дії", "Роздуми" і частково - "Збереження" (28, 31 й 24 балів відповідно), що свідчить про підвищення ступеню визначення ірраціональних настанов та переконань, тенденцію до зміни їх на більш реалістичні та адаптивні, вироблення активної життєвої позиції.

50 При оцінці ефективності розробленої та апробованої комплексної терапії у пацієнтки відзначалося значне покращення стану, суттєве зменшення симптомів тривоги та депресії з суттєвою психологічною перебудовою.

55 ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб комплексного лікування хворих на тривожну депресію за допомогою комплексу психотерапевтичних технік на тлі традиційної медикаментозної терапії, який **відрізняється** тим, що на тлі базової терапії венлафаксином по 37,5 мг 2 рази перші 5 днів, та протягом всього

стаціонарного курсу по 75 мг двічі на добу (20-22 доби) призначають комплекс психотерапевтичних заходів.

Комп'ютерна верстка О. Гергіль

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601