

*На правах рукописи*

**ЗАБЫЛИНА**  
**Наталья Анатольевна**

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ  
МЕТОДОВ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ  
РАССТРОЙСТВАМИ С ВЕДУЩИМ СМЕШАННЫМ  
ТРЕВОЖНЫМ И ДЕПРЕССИВНЫМ СИНДРОМОМ**

Специальности: 14.01.06 — психиатрия  
19.00.04 — медицинская психология

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург  
2013

Работа выполнена в Санкт-Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М. Бехтерева

Научные руководители: доктор медицинских наук

**Мазо Галина Элевна,**

кандидат медицинских наук

**Полторак Станислав Валерьевич,**

Официальные оппоненты: **Коцюбинский Александр Петрович**

доктор медицинских наук, профессор,

руководитель отделения внебольничной

психиатрии Санкт-Петербургского научно-

исследовательского психоневрологического

института им. В.М. Бехтерева,

**Бабин Сергей Михайлович**

доктор медицинских наук, заведующий

кафедрой психотерапии Северо-Западного

государственного медицинского университета

им. И.И. Мечникова,

Ведущая организация: Санкт-Петербургский государственный университет

Защита состоится 28 марта 2013 года в 10 часов 30 минут на заседании совета (Д 208.093.01) по защите докторских и кандидатских диссертаций на базе ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации по адресу: 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Института им. В.М. Бехтерева.

Автореферат разослан 28 февраля 2013 г.

Ученый секретарь диссертационного совета  
доктор медицинских наук, профессор

Чехлатый Евгений Иванович

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы.** Проблема правильной диагностики и адекватной терапии невротических расстройств с ведущим депрессивным или тревожным синдромом приобрела особое значение в последние годы. Это объясняется как широкой их распространенностью (что подтверждается одним из первых мест этих состояний среди самых распространенных заболеваний в популяции), так и аффилированностью с рядом неблагоприятных последствий медицинского и социального характера. В частности, наличие невротических расстройств с ведущим депрессивным или тревожным синдромом значительно снижает качество жизни индивидумов и, одновременно, обуславливает возникновение серьезных экономических проблем (Попов Ю.В., 2002; Смулевич А.Б. и др., 2005; Дробижев М.Ю., 2006; Greenberg P.E. et al., 2003; Thomas C.M., Morris S., 2003; Salize H.J. et al., 2004; Raparport M.H. et o., 2005), частным проявлением чего является нарастание нетрудоспособности пациентов, удельный вес которых, по прогностическим расчетам, к 2020 году окажется вторым после удельного веса нетрдоуспособности больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями (Murray C.J., Lopez A.D., 1996; Kupfer D., 1999).

Наметились также в последние годы принципиально новые подходы к систематике и лечению подобных нарушений, которые, являясь наиболее частыми, универсальными и неспецифическими, требуют от врача тонкого психопатологического разграничения, в том числе проникновения в их феноменологическую сущность (Карвасарский Б.Д., 1990; м С.Н., 2005).

Наконец, увеличению внимания ученых и клиницистов к новым исследованиям взаимоотношения тревоги и депрессии способствовало появление антидепрессантов (Вовин Р.Я. и др., 1995; Козловский В.Л. и др., 2004; Иванов М.В., Мазо Г.Э., Чомский А.Н., 2009; Мазо Г.Э., Шманева Т.М., Крижановский А.С., 2010; Van Praag H.M., 1998; Kasper S., 2001; Kessler R.C., 2001). Эти исследования позволили сформулировать следующие положения.

Во-первых, с точки зрения развиваемых представлений о коморбидности психопатологических симптомов, наиболее клинически и патогенетически оправданной представляется положение о том, что при аффективных расстройствах тревога и депрессия являются единым заболеванием, представляя собой вариант декомпенсации более широких организменных особенностей, лежащих в их синдромальной основе (уязвимости, психопатологического диатеза и др.) и представленной разной степенью клинической выраженности.

Во-вторых, психопатологическая разнонаправленность аффективных переживаний, составляющих депрессивно-тревожный синдром, ограничивает использование лекарственных методов терапии, центрируясь преимущественно на тех антидепрессантах из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), которые характеризуются сочетанием антидепрессив-

ного и анксиолитического эффекта, хорошей переносимостью и безопасностью (Вовин Р.Я., 1989).

Кроме того, процесс терапии затрудняет то обстоятельство, что невротическое расстройство с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом осложняется выраженностью соматовегетативного компонента этих аффективных переживаний, а также формированием у пациентов ипохондрической фиксации на вегетативных симптомах.

В связи с недостаточностью изолированного использования фармако- или психотерапевтических форм воздействия при сложном генезе депрессивно-тревожных расстройств высказывается точка зрения о необходимости сочетания при курации этих пациентов психотерапии и психофармакотерапии (Козловский В.Л., 2004; Вид В.Д., Попов Ю.В., 2006).

Однако детальное рассмотрение психофармакологических подходов при депрессивно-тревожных состояниях имеется лишь в единичных работах (Палин А.В., Костюкова Е.Г., Мосолов С.Н., 2012), что делает необходимым уточнение использования при них современных антидепрессантов группы СИОЗС.

Проблема поиска наиболее эффективных психотерапевтических методов при этих состояниях также далека от разрешения (Александровский Ю.А., 1993; Макаров В.В., 2000). При всем многообразии психотерапевтических методов наиболее часто используется при этих состояниях когнитивная психотерапия, одним из механизмов действия которой является выработка компенсационных навыков, которые позволяют больным справляться со своими симптомами и проблемами достаточно эффективно. В то же время, несмотря на популярность данного психотерапевтического направления, до сих пор в отечественной литературе нет достаточно убедительных данных об эффективности этого метода в лечении невротических расстройств.

Сказанное обуславливает необходимость исследования эффективности комплексной терапии (сочетания фармакотерапии антидепрессантами группы СИОЗС и когнитивно-поведенческой психотерапии) невротических расстройств с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом.

Таким образом, несмотря на отсутствие валидизированных диагностических критериев и неоднородность психопатологической симптоматики, смешанные депрессивно-тревожные состояния невротического (подпорогового) уровня безусловно представляют собой феноменологически своеобразный вариант гипотимии с характерной реакцией на фармакотерапевтические воздействия. Специальное изучение этих состояний является насущной теоретической и практической задачей, поскольку поможет не только стимулировать новые научные исследования, но и более дифференцированно подходить к выбору терапии.

**Цель исследования.** Разработать теоретически и эмпирически обоснованные методы терапии больных с невротическими расстройствами с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом и изучить их эффективность с целью выработки научно обоснованных краткосрочных подходов к лечению этих состояний.

Достижение поставленной цели потребовало решить следующие **задачи**:

1. Теоретически обосновать возможность комплексного применения фармакотерапии и индивидуальной когнитивно-поведенческой психотерапии при лечении больных с невротическими расстройствами с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом.

2. Разработать модифицированный вариант индивидуальной когнитивно-поведенческой психотерапии для лечения больных с невротическими расстройствами с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом. Предложить эмпирически обоснованные психотерапевтические мишени, терапевтическое содержание и стратегии данного варианта психотерапии.

3. Определить характер и соотношение тревоги и депрессии у исследованных больных.

4. Выявить динамику выраженности тревоги и депрессии у пациентов, получающих фармакотерапию антидепрессантами группы СИОЗС, и у больных, в терапии которых сочетаются фармакологические средства и когнитивно-поведенческая психотерапия.

5. Провести сравнительный анализ эффективности лечения больных с невротическими расстройствами с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом при использовании фармакотерапии и комплексной терапии (сочетание антидепрессантов группы СИОЗС и индивидуальной когнитивно-поведенческой психотерапии).

**Научная новизна.** Новой является модификация индивидуальной когнитивно-поведенческой психотерапии, разрабатывающая специфические психотерапевтические мишени, терапевтическое содержание, стратегии вмешательства и технические приемы которой основываются на эмпирических (клинических и клинико-психологических) исследованиях больных с невротическими расстройствами.

Впервые проведено сравнение эффективности лечения больных с невротическими расстройствами с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом современными антидепрессантами группы СИОЗС (паксил, феварин, сертралин) и комплексной терапии (разработанного варианта когнитивно-поведенческой психотерапии и фармакотерапии антидепрессантами группы СИОЗС).

Полученные данные позволяют установить высокую эффективность комплексной терапии в лечении невротических расстройств с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом.

**Практическая значимость.** Значение полученных результатов для практики состоит в том, что полученные данные о значительной редукции депрессивных и тревожных симптомов заболевания под влиянием фармакотерапии и сочетанного применения фармако- и психотерапии могут быть использованы для оптимизации краткосрочной помощи больным с невротическими расстройствами на основе комплексного подхода.

Разработана и внедрена алгоритмизированная система психотерапевтических воздействий, ориентированная на коррекцию системы дисфункциональных убеждений, формирование навыков анализа и решения проблем, а также на улучшение текущих интерперсональных отношений у больных с невротическими расстройствами с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом.

Полученные в работе данные внедрены и эффективно используются в практическом здравоохранении и в обучающих программах повышения квалификации психиатров, психотерапевтов, клинических психологов и врачей общей практики, работающих с данным контингентом больных.

#### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. Когнитивно-поведенческая психотерапия в лечении невротических расстройств с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом в качестве психотерапевтических мишеней включает изменение интерперсонального контекста формирования и протекания заболевания, а также выработку навыков рационального анализа и решения проблемных ситуаций.

2. Эффективность психофармакотерапии антидепрессантами группы СИОЗС (паксил, феварин, сертралин) при лечении больных с невротическими расстройствами с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом проявляется значительным симптоматическим улучшением, уступающим по своей выраженности эффекту от использования сочетанной фармако- и психотерапии.

3. Комплексное лечение антидепрессантами группы СИОЗС и когнитивно-поведенческой психотерапией позволяет эффективно устранить тревожно-депрессивную симптоматику в короткие сроки и обеспечить терапевтический эффект благодаря пониманию больными с невротическими расстройствами роли психологических факторов в развитии и сохранении заболевания, выработке новых адаптивных стратегий поведения.

**Внедрение.** Материалы диссертации внедрены в работу отделения неврозов и психотерапии и Учебного центра Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, от-

деления невротиков Новосибирской клинической психиатрической больницы № 3, а также включены в программы преподавания кафедры психотерапии ФПК Северо-Западного медицинского университета им. И.И. Мечникова.

**Апробация работы и публикации.** Основные положения и результаты работы докладывались на VIII международной научно-практической конференции «Проблемы развития личности: психологическое консультирование и психотерапия» (Рязань, 2008); Научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы внебольничной психоневрологической помощи детскому и взрослому населению» (Санкт-Петербург, 2009); Всероссийском конгрессе с международным участием «Психосоциальные факторы и внутренние болезни: состояние и перспективы» и Третьей Региональной междисциплинарной научно-практической конференции «Сердечнососудистые заболевания и пограничные расстройства в практике врача» (Новосибирск, 2011); I Медицинском форуме Сибири (Новосибирск, 2011).

Материалы исследований отражены в 9 опубликованных научных работах, в том числе 2 — в журналах из перечня ВАК для публикации наиболее существенных результатов, полученных при выполнении кандидатской диссертации.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, 4 глав, выводов, заключения и списка литературы (107 работ на русском и 199 иностранных языках), изложенных на 170 страницах компьютерного набора. Диссертация иллюстрирована \_\_ таблицами и \_\_ рисунками.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Материал и методы исследования.** В исследование было включено 112 больных, обратившихся за амбулаторной помощью в медицинский консультативный центр Новосибирского государственного медицинского университета.

У всех пациентов, принявших участие в исследовании, было определено смешанное тревожное и депрессивное расстройство, исходя из критериев МКБ-10 (F41.2). Диагностика проводилась в соответствии с существующей в отечественной психиатрии традицией. У всех больных был установлен диагноз «невротическое расстройство» на основе критериев позитивной и негативной диагностики невротических расстройств (Мясищев В.Н., 1960; Карвасарский Б.Д., 1990).

Принцип позитивной диагностики основывается на выявлении психогенной природы заболевания: 1) расстройство имеет связь с личностью пациента, психотравмирующей ситуацией и неспособностью личности в данных конкретных условиях самостоятельно разрешить ее; 2) возникновение и течение невротического расстройства связано с патогенной ситуацией и переживаниями личности: наблюдается соответствие между динамикой состояния больного и из-

менением психотравмирующей ситуации, по крайней мере, на этапе острого и частично затяжного невротического расстройства; 3) клиническая картина невротического расстройства по своему содержанию в определенной степени связана с психотравмирующей ситуацией и переживаниями личности, наиболее сильными и глубокими ее стремлениями, представляя аффективную реакцию, патологическую фиксацию тех или иных переживаний. Конфликтные переживания и нарушения функционирования имеют связь преимущественно с особо значимыми жизненными отношениями человека, проявляясь специфическими клиническими феноменами и не включают в общую картину заболевания психотических расстройств.

В настоящем исследовании использовался и принцип негативной диагностики, который позволил относить к невротическим расстройствам только те клинические проявления, при которых не выявлена эндогенная патология (шизофрения и др.), личностные расстройства и другие нервно-психические заболевания, в структуру которых могут входить тревожный и/или депрессивный синдром. В исследование не включались больные с острыми и хроническими соматическими заболеваниями в стадии обострения/декомпенсации и органическими поражениями центральной нервной системы; беременные и кормящие матери; пациенты с зависимостью от психоактивных веществ (в том числе с алкогольной зависимостью); пациенты с наличием в анамнезе эпизода депрессии и/или тревожного расстройства.

Завершено исследование у 100 пациентов (89 женщин и 11 мужчин). Из 12 пациентов, выбывших из исследования, 3 отказались от участия, 3 были госпитализированы в стационар (ухудшение состояния), у 6 была изменена схема терапии (смена антидепрессанта из-за выраженных побочных явлений).

Отбор испытуемых производился методом сплошной выборки. В исследование вошли больные от 18 до 58 лет, уровень образования у 23 пациентов оказался средним, а у 77 пациентов — высшим/неоконченным высшим.

Из анамнеза известно, что большинство больных ранее обращались к специалистам общего профиля (терапевты, кардиологи, невропатологи) по поводу соматических жалоб и только потом к психиатрам или психотерапевтам, чаще всего по направлению врачей общесоматической практики. Субъективно большинством больных психические симптомы расценивались как следствие соматического состояния и проблем со сном.

В зависимости от содержания лечения, были выделены две гомогенные группы больных (по 50 человек в каждой), что позволило избежать отрицательного влияния факторов гетерогенности на достоверность получаемых результатов. Пациенты 1-й группы (50 человек) получали комбинированную терапию, сочетающую фармакотерапию антидепрессантами группы СИОЗС (паксил, феварин, сертралин) и когнитивно-поведенческую психотерапию. Пациенты 2-й



группы (50 человек) получали только аналогичную больным 1-й группы фармакотерапию. Длительность терапии составила 6 недель в обеих группах. При этом специально фиксировались наиболее значимые переменные, влияющие на эффективность терапии: выраженность тревожно-депрессивной симптоматики к началу лечения, выраженность и структура соматических компонентов смешанного тревожно-депрессивного расстройства к началу лечения, структура личности больных. В дальнейшем, после окончания курса дифференцированного лечения, при показаниях продолжалось лечение антидепрессантами и психотерапией.

В 1-й группе с комбинированной терапией было 6 (12 %) мужчин и 44 (88 %) женщин, во 2-й группе с фармакотерапией — 5 (10 %) мужчин и 45 (90 %) женщин. Средний возраст в 1-й группе был  $34,8 \pm 1,4$  лет, во 2-й —  $35,9 \pm 1,5$  лет.

С целью исследования эффективности предложенных методов терапии больных с невротическими расстройствами с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом применялись клиничко-психопатологический с использованием психометрических методик, экспериментально-психологический и статистический методы исследования.

**Клиничко-экспериментально-психологическое** исследование проводилось дважды: на момент первичного осмотра и через 6 недель лечения (окончание основного курса терапии и, соответственно, амбулаторного наблюдения). В работе использовались следующие методики:

1. Стандартная Госпитальная шкала тревоги и депрессии — HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Оценивались субшкала тревоги — HADS-A и субшкала депрессии HADS-D (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983).

2. Шкала депрессии Бека — BDI (Beck depression inventory). Оценивались когнитивно-аффективная субшкала и субшкала соматических проявлений депрессии (Beck A.T. et al., 1961).

3. Шкала Гамильтона для оценки депрессии — HDRS-17 (Hamilton depression rating scale) (Hamilton M., 1960, 1967).

4. Шкала Гамильтона для оценки тревоги — HARS (Hamilton anxiety rating scale). Оценивались субшкала «Соматическая тревога» и субшкала «Психическая тревога» (Hamilton M., 1959).

5. Опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (Symptoms Check List-90) (Derogatis L.R. et al., 1973, 1977).

6. Стандартная Шкала глобальной клинической оценки — CGI (Clinical Global Impression scale) (Guy W., 1976).

7. Я-структурный тест ISTA (Ich-Struktur Test von G. Ammon) (Ammon G., 1995).

Используемая при терапии исследуемых больных фармакотерапия была направлена на снижение уровня тревоги и депрессии. Препаратами выбора являлись антидепрессанты группы СИОЗС, обладающие сочетанным антидепрессивным и анксиолитическим эффектами, хорошей переносимостью и безопасностью. В многочисленных исследованиях, посвященных современным антидепрессантам группы СИОЗС (пароксетин, флувоксамин, сертралин), отмечена их эффективность при тревожно-депрессивных состояниях.

Так, в спектре психотропной активности флувоксамина преобладают умеренно выраженные тимолептический и анксиолитический эффекты (Rausch J.L. et al., 2001), его применение предпочтительно при неглубоких и средней тяжести депрессиях, в том числе соматизированных, маскированных, а также имеющих коморбидность с обсессивно-фобическими и паническими расстройствами (Wilde M.T., Plosker G.L., Benfield P., 1993; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2003). Сертралин отличает быстрое и гармоничное наступление собственно тимолептического и анксиолитического действия, что позволяет говорить о нем как о сбалансированном антидепрессанте в целом (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 1997), он эффективен при тревожных и тревожно-фобических депрессиях (Мосолов С.Н, Калинин В.В. и др., 1994; Козырев В.Н., Зеленина Е.В., Лебедева О.И., 2004; Чахава К. О., 2007; Nemeroff C.B. et al., 1995; Carrasco J.L., Diaz-Marsa M., Saiz-Ruiz J., 2000). Пароксетин в настоящее время наиболее широко применяемый в клинике антидепрессант. Пароксетин относится к антидепрессантам сбалансированного действия, приводит к быстрой редукции тревоги и бессонницы (Нуллер Ю.Л., 2002; Мосолов С.Н. и др., 2004; Ушкалова А.В., 2006; Claghorn J.L., 1992; Kiev A., 1992; Rickels K. et al., 1992; Smith W.T., Glaudin V., 1992; Pollack M.H. et al., 2005; Rocca P. et al., 2005). В настоящее время паксил является препаратом выбора при лечении расстройств тревожно-депрессивного спектра (Румянцева Г.М. и др., 2005; Банщикова Ф.Р. и др., 2006).

Выбор антидепрессанта, терапевтической дозы и схемы лечения зависели от структуры симптомов и глубины тревожно-депрессивного состояния. Антидепрессант назначался в средне-терапевтических дозах: пароксетин (20 – 40 мг/сут), флувоксамин (100 – 150 мг/сут), сертралин (50 – 100 мг/сут).

Статистический анализ осуществлялся с помощью программы Statistica 7,0. Статистическая достоверность различий ( $p$ ) для выборок с нормальным распределением рассчитывалась на основе  $t$ -критерия Стьюдента, для частотных характеристик — Хи-квадрата. Переменные, принадлежащие к интервальной или порядковой шкалам с ненормальным распределением сравнивались с помощью непараметрических критериев: применялись  $U$ -тест Манна и Уитни для независимых выборок и  $T$ -тест Вилкоксона для зависимых выборок. Учитывались результаты со степенью достоверности не ниже 95% ( $p < 0,05$ ).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При клиническом исследовании пациентов с невротическими расстройствами с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом была выявлена следующая симптоматика: больные жаловались на тревожную озабоченность, которая проявлялась в форме «внутренней» напряженности, неспособности расслабиться, отдохнуть, чувстве «раздраженности», «взволнованности», «взвинченности», «заведенности», «нервозности», отмечали склонность к чрезмерным опасениям. Тревожные мысли в основном были связаны со здоровьем, прогнозом и возможными социальными последствиями болезненного состояния. Ряд больных жаловались на ухудшение памяти, трудности в концентрации и удержании внимания, однако эти симптомы были выражены незначительно. При этом клинически значимых суточных колебаний выраженности тревоги и /или депрессии выявлено не было.

При расспросе о настроении больные описывали его как «печальное», «грустное», «подавленное». Высказывались различного рода пессимистические опасения. Будущее рисовалось неопределенным, безрадостным, тревожащим, с фиксацией на состоянии собственного здоровья. Идеи самообвинения ограничивались в основном самоупреками за ошибки и упущения, допущенные в прошлом. Идеи собственной малоценности выражались в ощущении несостоятельности, сниженной самооценке. У ряда больных выявлялась эмоциональная неустойчивость со склонностью к слезливости, повышенной раздражительности. Отмечались снижения побуждения к деятельности, интереса и способности получать удовольствие от увлечений, снижение уровня социальной активности из-за состояния здоровья. Психическая и физическая истощаемость проявлялась в жалобах на чувство слабости, утрату энергии, быструю физическую и психическую утомляемость.

При первичном осмотре у 52 % больных 1-й группы и у 68 % больных 2-й группы отмечалась ипохондрическая фиксация на соматической симптоматике. Ипохондрические идеи имели характер опасений за свое здоровье, отличались нестойкостью, динамичностью, изменчивостью. Наиболее часто соматические жалобы пациентов относились к сердечно-сосудистым симптомам — у 88 % пациентов, получавших комбинированную терапию, у 98 % пациентов с фармакотерапией: сильное или учащенное сердцебиение, ощущение перебоев в деятельности сердца, чувство сдавления, сжатия или боли в грудной клетке, «биение» в сосудах. Сенсорные симптомы отмечались в 86 % случаев у пациентов 1-й группы, в 60 % у пациентов 2-й группы: онемение или покалывание в различных частях тела, ощущение слабости, головокружение, ощущение «падения в обморок», бегание мурашек, приливы жара или холода, шум и звон в ушах, нечеткость зрения. У 100 % больных была определена вегетативная симптоматика: головные боли, склонность к локальной или диффузной потливости,

бледность или покраснение кожи, тремор. Отмечались также респираторные симптомы — у 26 % пациентов, получавших в дальнейшем комбинированную терапию, и у 28 % больных, из числа принимавших только лекарственные препараты: чувство нехватки воздуха, одышка; мышечные симптомы — у 22 % и у 36 % пациентов соответственно: мышечное напряжение, боли в мышцах, чувство тяжести в мышцах, мышечные подергивания. Со стороны желудочно-кишечного тракта наиболее часто отмечались жалобы на ком в горле у 38 % больных (при комбинированной терапии) и у 38 % пациентов (из числа получавших только фармакотерапию), снижение аппетита — у 42 % и у 38 % больных соответственно, при этом незначительное снижение веса было только у 3% больных. Со стороны сексуальной сферы у 44 % и у 52 % больных 1-й и 2-й клинических групп отмечалось снижение либидо.

Клинически выраженными были расстройства сна. Наиболее часто больные жаловались на трудности при засыпании — 94% пациентов, получавших комбинированную терапию, и 88% пациентов — фармакотерапию; поверхностный или прерывистый сон — 72% и 78% больных соответственно; в меньшей степени расстройство сна касалось ранних пробуждений — 24% и 40% обследованных. После утреннего пробуждения у них не было чувства отдыха, наблюдалось ощущение вялости, сонливости, раздражительности в течение дня, быстрая физическая и психическая истощаемость.

Когнитивно-поведенческая психотерапия у больных 1-й группы начиналась со 2-й недели лечения после проведения стандартного клинического и клинико-психологического обследования и назначения им психофармакотерапии.

Использовался модифицированный метод когнитивно-поведенческой психотерапии, специально ориентированный для работе с больными, психопатологические особенности которых характеризуются невротическими расстройствами с ведущим тревожным и депрессивным синдромом. Необходимость в изменении существующих терапевтических стратегий диктовалась рядом причин, ведущей из которых являлась неприменимость или ограниченная применимость традиционных когнитивно-поведенческих подходов к больным с невротическими расстройствами.

Проведенные исследования пациентов с невротическими расстройствами показывают, что оценка больными своего состояния меняется по мере хронизации заболевания; самооценка их является не низкой, а неустойчивой, в высокой степени зависящей от актуальной ситуации; негативное содержание когнитивных паттернов включает в себя обвинения лиц ближайшего окружения в большей мере, чем осознание собственной ответственности в возникновении проблем и конфликтов. В связи с этим использование в лечении больных с невротическими расстройствами с ведущим тревожным и депрессивным синдромом

выделенных А.Т. Beck (1970) психотерапевтических мишеней мало эффективно.

В настоящей модификации когнитивно-поведенческая терапия представляет собой краткосрочный директивный метод психотерапии. Курс ее составляет 12 – 15 сессий с частотой встреч 2 – 3 раза в неделю.

Основными клиническими целями (психотерапевтическими мишенями) индивидуальной когнитивно-поведенческой психотерапии при невротических расстройствах с ведущим тревожным и депрессивным синдромом являются:

1) формирование навыков самостоятельного анализа и решения проблем с целью преодоления общей пассивной жизненной позиции больных с невротическими расстройствами, для которой характерны неумение формировать самостоятельные цели и мнения, неспособность разрешать противоречие «хочу — имею», несостоятельность в создании условий для самореализации;

2) улучшение интерперсонального контекста формирования и протекания невротического расстройства с целью коррекции дисгармоничности межличностной сферы, проявляющейся сочетанием низкой доминантности и повышенного недоверия по отношению к лицам референтной группы;

3) предотвращение и обучение навыкам совладания с рецидивами расстройства.

Для достижения данных целей пациента обучают: 1) отслеживать свои негативные автоматические мысли (представления); 2) распознавать взаимосвязи между собственными мыслями, эмоциями и поведением; 3) анализировать факты, подтверждающие или опровергающие его представления (когниции); 4) вырабатывать более реалистичные оценки и представления о себе и окружающих; 5) идентифицировать и модифицировать дисфункциональные убеждения, предрасполагающие к искажению опыта; 6) стать помощником самому себе, самостоятельно справляться с трудностями, остаточными симптомами и возможными рецидивами расстройства.

Когнитивно-поведенческая психотерапия, как и другие виды реконструктивной психотерапии, стремится достичь изменений в личности, чтобы пациент соответствовал требованиям окружения и находился в большей гармонии с собственными потребностями. Основное переструктурирование осуществляется за счет коррекции неадаптивных когниций и формирования навыков адекватного анализа и разрешения хронически существующих проблемных ситуаций. В данном варианте психотерапии использовались те терапевтические содержания, которые выводятся из сознательного жизненного опыта. Основными терапевтическими содержаниями являлись:

1. Самореализация. Подавляющее большинство пациентов с невротическими расстройствами с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом отличаются хронической неудовлетворенностью тем положением,

которое они занимают в обществе. Это обуславливает необходимость обсуждения вопросов построения как краткосрочных, так и долгосрочных жизненных целей и перспектив и путей их достижения.

2. Формирование самоуважения и самооффективности, как путем повышения позитивного отношения к себе за счет увеличения эффективности собственной деятельности, так и в результате улучшения отношений со значимым окружением.

3. Ответственность. Данная категория обсуждается через призму выработки навыка дифференциации зависимых и независимых стрессовых событий, влекущих за собой рост психопатологической симптоматики, и развития специфических стратегий совладания, адекватных выделенным проблемам.

4. Дефекты коммуникации, часто отмечающиеся у больных с невротическими расстройствами, и последствия этих нарушений, наблюдаемые в актуальном взаимодействии с окружающими.

5. Хронически существующее недоверие, в том числе по отношению к лицам референтной группы, длительные обиды, в основе которых нередко лежит конфликт между потребностями к независимости и получению помощи, опеки со стороны значимых лиц.

Общими механизмами лечебного действия в модифицированном варианте индивидуальной когнитивно-поведенческой терапии являлись: а) формирование позитивных ожиданий пациента от проводимого лечения путем разъяснения рациональной основы и концептуальной схемы предлагаемого варианта интервенции, простых и понятных целей, задач и стратегий достижения терапевтических изменений; б) выстраивание специфических терапевтических отношений, когда на начальных этапах психотерапевт выступает в качестве активного участника альянса, берущего на себя основную ответственность в лечении с постепенной передачей инициативы пациенту по мере устойчивого формирования навыка анализа возникающих симптомов и психологических проблем, обуславливающих их; в) психотерапевтическая эксплорация, активно побуждаемый психотерапевтом больной с невротическими расстройствами имеет возможность постепенно рассказывать о тревожащих его жизненных обстоятельствах, с которыми он длительное время не мог конструктивно справиться, о проблемах, напрямую связанных с возникающей симптоматикой.

Специфическими механизмами модифицированного варианта индивидуальной когнитивно-поведенческой терапии являются: а) повышение осознания меры своей ответственности в развитии хронических интерперсональных конфликтов со значимыми людьми из своего окружения; понимание причин, из-за которых пациент не добивается поставленных целей, не занимает ожидаемого им положения в широком социальном окружении; б) увеличение контроля над психотравмирующими обстоятельствами, путем их когнитивной пе-

реоценки, овладения методами конструктивного решения проблем, развития компетентности за счет изменения восприятия проблемы, тактического и стратегического научения.

При проведении описываемой модификации психотерапии были использованы разнообразные когнитивные и поведенческие стратегии.

### **Клиническая и клинико-психологическая характеристика больных с невротическими расстройствами с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом до начала терапии**

До начала лечения две группы больных с невротическими расстройствами с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом (1-я — с комплексной терапией: фармакотерапия антидепрессантами группы СИОЗС и когнитивно-поведенческая психотерапия; 2-я — с аналогичной 1-й группе фармакотерапией, но без психотерапии), не различались ( $p > 0,05$ ) по степени тяжести тревожно-депрессивного состояния, структуре основных клинических симптомов и личностным характеристикам, что подтверждает гомогенность данных групп до начала активных терапевтических вмешательств и является необходимым условием для последующей сравнительной оценки эффективности разных видов терапии.

По данным клинико-психологических исследований (субшкала «Тревога» — HADS-A, Шкала Гамильтона для оценки тревоги — HARS) до лечения у больных, вошедших в разные группы, была диагностирована умеренно выраженная тревога, не достигающая степени тревожного состояния, характерного для панического расстройства или генерализованного тревожного расстройства, но отражающая наличие клинических симптомов тревоги. Тяжесть депрессивного состояния у пациентов, вошедших в изучаемые группы, была близкой по степени выраженности и расценивалась как умеренная степень расстройства (Шкала депрессии Бека — BDI, субшкала «Депрессия» — HADS-D, Шкала Гамильтона для оценки депрессии — HDRS-17).

Полученные с помощью опросника SCL-90-R оценки степени выраженности психопатологической симптоматики до лечения оказались близкими в обеих группах больных. Об этом свидетельствует отсутствие статистически значимых различий ( $p > 0,05$ ), как по общим симптоматическим индексам, так и по отдельным шкалам методики.

Сравнительный анализ показателей субшкалы «Оценки тяжести состояния» (Clinical Global Impression severity scale) выявил отсутствие статистически значимых различий ( $p > 0,05$ ) в двух группах больных.

Таким образом, до лечения обе группы изученных больных с невротическими расстройствами с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом не различались по степени тяжести тревожно-депрессивного состояния и структуре основных клинических симптомов.

Анализ результатов исследования структуры личности больных методикой Я-структурный тест G. Ammon (ISTA) показал, что до лечения по основным базовым личностным характеристикам (агрессивность, тревожность, внешнее и внутреннее Я-отграничение, нарциссизм и сексуальность) не выявлено статистически значимых различий ( $p > 0,05$ ) между пациентами исследованных групп. В личностном профиле больных наиболее часто отмечались высокие показатели по следующим шкалам: дефицитарная агрессивность ( $57,28 \pm 11,95$  и  $56,88 \pm 11,69$  баллов соответственно), деструктивная тревога ( $59,39 \pm 11,90$  и  $59,41 \pm 12,22$ ), деструктивное внешнее Я-отграничение ( $59,69 \pm 13,58$  и  $59,69 \pm 13,99$ ), деструктивный нарциссизм ( $54,79 \pm 14,87$  и  $54,53 \pm 13,80$ ) (стандартизованные значения для представленных шкал, норма 40 – 60 баллов). Подобный тип профиля в целом соответствует результатам, полученным в ранее проведенных исследованиях больных с другими невротическими расстройствами. Личностными особенностями данных пациентов являются: затруднения в межличностном общении, склонность избегать конфликтов, неумение отстаивать свою точку зрения; нестабильная самооценка; избыточный контроль внешнего проявления эмоций; повышенная тревожность, склонность к беспокойству и волнениям даже по незначительным поводам, неадекватная переоценка реальных угроз, трудностей, проблем; выраженность вегетативных стигм тревоги (потливость, головокружение, учащенное сердцебиение и т.д.); чрезмерная требовательность и непримиримость к недостаткам и слабостям других.

Таким образом, до лечения все пациенты, принявшие участие в исследовании, по своим личностным характеристикам составили гомогенную группу, что в дальнейшем исключало вероятность влияния на эффективность лечения различий в структуре личности больных 1-й и 2-й групп.

### **Результаты оценки эффективности различных методов терапии**

По результатам клинических и клинико-психологических исследований в конце курса терапии в обеих группах больных с невротическими расстройствами с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом было отмечено существенное улучшение состояния.

При сравнении средних значений индексов и шкал опросника SCL-90-R до лечения и после прохождения пациентами терапии и в 1-й, и во 2-й группах статистически значимые различия ( $p < 0,001$ ) были получены в отношении большинства параметров. Так в 1-й группе больных произошла редукция «Общего симптоматического индекса», средние значения которого до лечения составляли  $0,62 \pm 0,17$ , а после лечения —  $0,22 \pm 0,09$  баллов соответственно ( $p < 0,001$ ). Снизилась средняя значения «Индекса проявлений симптоматики» с  $35,4 \pm 7,75$  до  $17,84 \pm 7,06$  ( $p < 0,001$ ) и «Индекса выраженности дистресса» с  $1,57 \pm 0,19$  до  $1,09 \pm 0,09$  ( $p < 0,001$ ). У этих же пациентов значительно снизи-



лись показатели по всем отдельным шкалам опросника. Во 2-й группе больных произошла некоторая редукция «Общего симптоматического индекса», средние значения которого до лечения составляли  $0,61 \pm 0,22$ , а после лечения —  $0,35 \pm 0,17$  баллов ( $p < 0,001$ ). У них снизился показатель «Индекса проявлений симптоматики» с  $33,6 \pm 10,47$  до  $25,86 \pm 11,99$  ( $p < 0,001$ ) и значительно уменьшились значения «Индекса выраженности дистресса»: с  $1,71 \pm 0,92$  до  $1,22 \pm 0,26$  ( $p < 0,001$ ). У пациентов, прошедших только курс фармакотерапии, значимо ( $p < 0,001$ ) снизились средние значения всех шкал опросника SCL-90-R, кроме шкал «Фобии» и «Психотизм».

Жалобы, входящие в структуру шкал «Соматизация», «Депрессивность», «Тревожность», «Дополнительные значения», являются патогномоничными для больных с тревожно-депрессивным расстройством невротического уровня. Тот факт, что наибольшие позитивные изменения произошли именно по данным шкалам, дает основания считать, что как фармакотерапия, так и комплексное применение фармакотерапии и когнитивно-поведенческой психотерапии являются эффективными методами лечения больных с невротическими расстройствами с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом.

У пациентов с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом в обеих группах по всем основным шкалам были выявлены статистически значимые различия ( $p < 0,001$ ) по степени тяжести клинического состояния пациентов, свидетельствовавшие о значительном снижении выраженности симптомов заболевания. При клиническом обследовании было выявлено, что в результате лечения у пациентов происходило заметное снижение выраженности симптомов депрессии и тревоги. Пациенты отмечали улучшение настроения, исчезало ощущение подавленности, угнетенности, тоски, уменьшались пессимистические мысли, связанные с состоянием здоровья. Установлено снижение уровня ипохондрической фиксации на соматической симптоматике. Уменьшались такие депрессивные симптомы как чувство несостоятельности и пессимистичная оценка будущего. Достоверно уменьшались физическая и психологическая истощаемость: исчезало чувство слабости, снижения энергии, слезливость и раздражительность. Пациенты отмечали повышение активности, работоспособности, возвращались к привычному кругу интересов, увлечений, социальных контактов. Улучшилось качество засыпания, значительно уменьшалась выраженность интрасомнических расстройств и ранних пробуждений. Пациенты указывали, что у них исчезло чувство постоянного внутреннего напряжения, беспокойства и наблюдалось значительное снижение выраженности соматических симптомов тревоги и депрессии.

Общий показатель субшкалы «Оценки тяжести состояния» (Clinical Global Impression severity scale), который у больных 1-й группы, получавших психотерапию и фармакотерапию препаратами группы СИОЗС, до лечения со-

ставлял  $3,06 \pm 0,24$  баллов, после лечения статистически значимо снизился ( $p < 0,001$ ) и составил  $1,36 \pm 0,72$ . Общий показатель субшкалы «Оценки тяжести состояния» у больных второй группы, получавших аналогичную 1-й группе фармакотерапию, составлял до лечения  $3,10 \pm 0,30$  баллов, а после лечения —  $2,10 \pm 0,93$  соответственно ( $p < 0,001$ ).

В результате терапии у больных обеих групп значительно снизилась степень тяжести клинического состояния благодаря редукции ведущей симптоматики, что доказывает клиническую эффективность как комплексного лечения (фармакотерапии и когнитивно-поведенческой психотерапии), так и использования только фармакотерапии.

### **Сравнительная эффективность методов терапии больных с невротическими расстройствами с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом**

Для выявления сравнительной эффективности методов терапии были проанализированы данные основных диагностических шкал, полученные через 6 недель терапии.

При сравнении показателей шкал и индексов опросника выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R после лечения в двух исследованных группах больных были выявлены статистически значимые различия ( $p < 0,001$ ), свидетельствующие о большей эффективности комплексной терапии в сравнении с фармакотерапией. Так, достоверно меньшие значения симптоматических показателей в 1-й группе пациентов после комплексной терапии по сравнению со 2-й группой больных, были отмечены по трем клиническим шкалам опросника: «Депрессивность» —  $0,21 \pm 0,13$  и  $0,51 \pm 0,27$  баллов соответственно ( $p < 0,001$ ); «Тревожность» —  $0,35 \pm 0,18$  и  $0,56 \pm 0,31$  ( $p < 0,001$ ); «Шкала дополнительных значений» —  $0,14 \pm 0,13$  и  $0,36 \pm 0,23$  ( $p < 0,001$ ).

У пациентов 1-й группы после лечения «Общий симптоматический индекс» по сравнению с эффективностью лечения больных только фармакотерапией оказался достоверно ниже —  $0,22 \pm 0,09$  против  $0,35 \pm 0,17$  ( $p < 0,001$ ). «Индекс проявлений симптоматики» после лечения также достоверно ниже ( $p < 0,001$ ) был отмечен в группе больных, прошедших комплексную терапию —  $17,84 \pm 7,06$  против  $25,86 \pm 11,99$  у пациентов, которые принимали только медикаменты. Наконец, «Индекс выраженности дистресса» после терапии оказался меньше в 1-й группе больных по сравнению со 2-й группой —  $1,09 \pm 0,09$  против  $1,22 \pm 0,26$  ( $p < 0,001$ ) (табл. 1).

Показатели выраженности психопатологической симптоматики по методике SCL-90-R в двух группах больных после лечения

Шкалы	Средний ранг		Z-критерий Манна-Уитни	Достоверность различий, p
	1-я группа n=50	2-я группа n=50		
SOM	46,43	54,57	1,42	0,155
O-C	46,32	53,61	1,28	0,199
INT	45,50	55,50	1,74	0,082
DEP	31,85	66,44	6,07	0,000
ANX	40,96	60,04	3,32	0,001
HOS	47,12	52,82	1,02	0,307
PHOB	49,91	50,09	0,03	0,974
PAR	50,37	50,63	0,05	0,962
PSY	51,70	49,30	0,52	0,606
DOP	35,46	65,54	5,33	0,000
GSI	38,47	60,09	3,77	0,000
PSI	40,60	60,40	3,42	0,001
PDSI	37,49	63,51	4,49	0,000

Примечание. SOM — Соматизация; O-C — Обсессивность – компульсивность; INT — Межличностная тревожность; DEP — Депрессивность; ANX — Тревожность; HOS — Враждебность; PHOB — Фобии; PAR — Паранойяльность; PSY — Психотизм; DOP — Шкала дополнительных значений; GSI — Общий симптоматический индекс; PSI — Индекс проявлений симптоматики; PDSI — Индекс выраженности дистресса.

После лечения между двумя группами выявились статистически значимые различия ( $p < 0,001$ ) по большинству шкал, отражающих уровень тревожной и депрессивной симптоматики. Выраженность симптомов тревоги и депрессии в группе больных с невротическими расстройствами с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом, прошедших комплексную терапию, оказалась достоверно ниже ( $p < 0,001$ ), по сравнению с группой пациентов, получавших только фармакотерапию (табл. 2, 3).

Таблица 2

## Степень тяжести депрессии у больных после лечения

Шкалы	Средний ранг		Z-критерий Манна-Уитни	Достоверность различий, p
	1-я группа n=50	2-я группа n=50		
Субшкала «Депрессия» HADS-D	39,60	61,40	3,83	0,000
Шкала депрессии Бека BDI	33,96	67,04	5,73	0,000
Когнитивно-аффективная субшкала (BDI)	38,65	62,35	4,13	0,000
Соматическая субшкала (BDI)	32,77	68,23	6,25	0,000
Шкала Гамильтона для оценки депрессии HDRS-17	47,19	53,81	1,16	0,247

Таблица 3

## Степень тяжести тревоги у больных после лечения

Шкалы	Средний ранг		Z-критерий Манна-Уитни	Достоверность различий, p
	1-я группа n=50	2-я группа n=50		
Субшкала «Тревога» HADS-A	33,96	67,04	5,78	0,000
Шкала Гамильтона для оценки тревоги — HARS	40,21	60,79	3,57	0,000
Субшкала «Психическая тревога» HARS	39,57	61,43	3,82	0,000
Субшкала «Соматическая тревога» HARS	42,75	58,25	2,73	0,006

Показатели депрессии по основным шкалам у больных в 1-й группе до лечения соответствовали диапазону «умеренной степени выраженности депрессивного состояния» (Шкала депрессии Бека — BDI, Когнитивно-аффективная субшкала BDI, Субшкала «Депрессия» — HADS-D, Шкала Гамильтона для оценки депрессии — HDRS-17), а после лечения стали укладываться в диапазон «отсутствие клинически выраженной депрессии», тогда как во второй группе показатели депрессии до лечения, также отражавшие уровень «умеренной степени выраженности депрессивного состояния», снизились до градации «легкая степень выраженности депрессии» или «отсутствие клинически выраженной депрессии» (рис. 1).

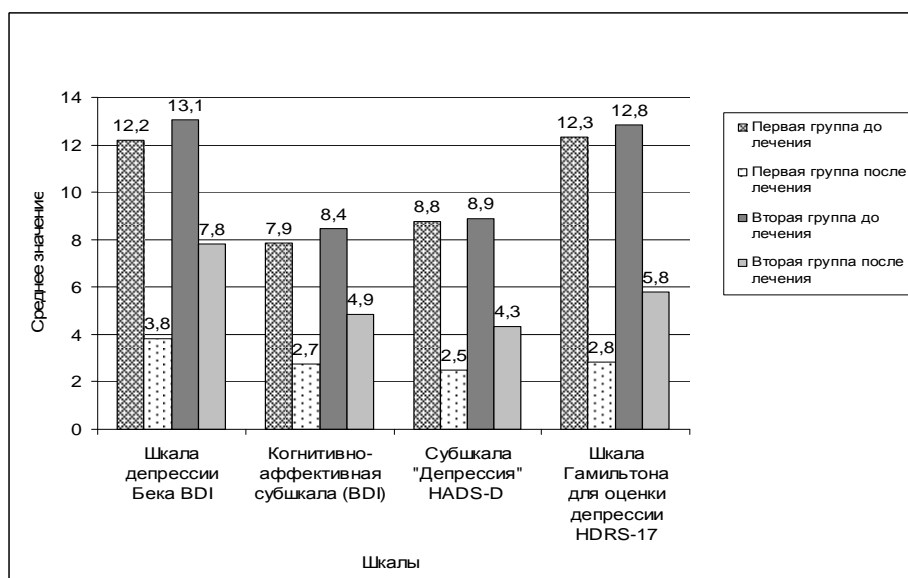


Рис. 1. Показатели выраженности депрессии до и после лечения у больных с невротическими расстройствами с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом.

Показатели шкал тревоги до лечения в обеих группах соответствовали области «симптомов тревоги» или умеренной тревоге (Субшкала «Тревога» — HADS-A, Шкала Гамильтона для оценки тревоги — HARS, Субшкала «Психическая тревога» HARS, Субшкала «Соматическая тревога» HARS). После лечения в первой группе пациентов показатели стали соответствовать области «отсутствие тревожного состояния» или минимальной степени выраженности тревоги, тогда как во второй группе показатели тревоги соответствовали области умеренно выраженной тревоги, не достигающей тревожного состояния, но отражающей наличие симптомов тревоги (рис. 2).

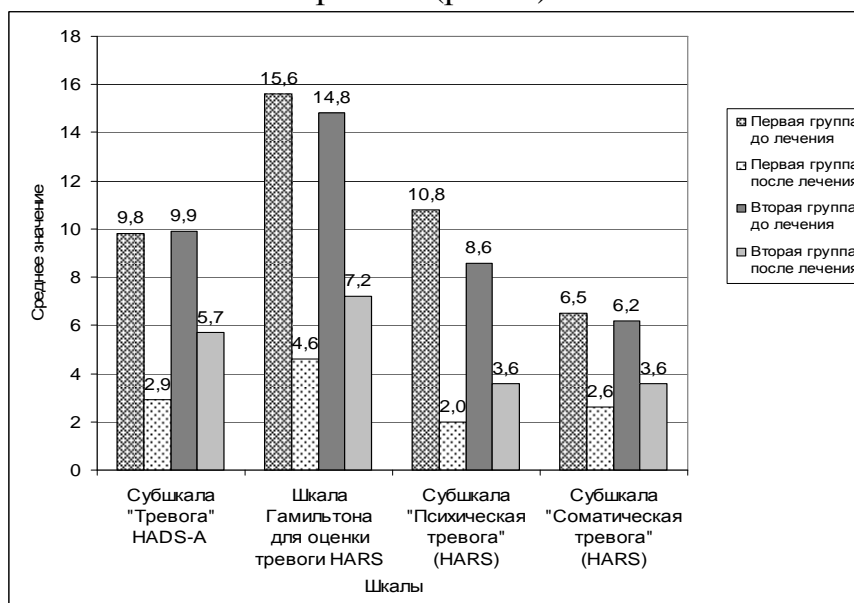


Рис. 2. Показатели выраженности тревоги до и после лечения у больных с невротическими расстройствами с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом.

Соматические проявления тревоги и депрессии в группе больных, получавших кроме фармакологических препаратов психотерапию, также оказались после лечения достоверно ниже ( $p < 0,006$ ), чем у пациентов, принимавших медикаменты и не прошедших курс когнитивно-поведенческой психотерапии. Об этом свидетельствует соотношение субшкалы соматических проявлений депрессии BDI — после лечения  $1,08 \pm 1,21$  в 1-й группе и  $2,96 \pm 1,28$  баллов во 2-й группе, а также субшкалы «Соматическая тревога» HARS после лечения —  $2,58 \pm 1,23$  и  $3,64 \pm 1,92$  соответственно.

Таким образом, фармакотерапия приводит к значительной редукции тревожно-депрессивной симптоматики, более выраженным является антидепрессивный эффект. Однако у ряда пациентов остается значительный фон резидуальных симптомов тревоги и депрессии, включая соматические симптомы (сердечно-сосудистые, вегетативные симптомы и др.).

Сравнительный анализ показателей субшкал: «Оценки тяжести состояния» (Clinical Global Impression severity scale) и «Общей степени клинического улучшения» (Clinical Global Impression improvement scale) после лечения выявил статистически значимые их различия ( $p < 0,001$ ) в разных группах больных с невротическими расстройствами с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом (табл. 4).

Таблица 4

Степень тяжести и степень клинического улучшения тревожно-депрессивного состояния у больных после лечения

Шкалы	Средний ранг		Z-критерий Манна-Уитни	Достоверность различий, p
	1-я группа n=50	2-я группа n=50		
Субшкала «Оценки тяжести состояния» CGI-S	40,03	60,97	4,10	0,000
Субшкала «Общей степени клинического улучшения» CGI-I	38,38	62,62	5,00	0,000

Комплексная терапия, включающая помимо фармакотерапии еще и когнитивно-поведенческую психотерапию, приводит к полной редукции депрессивной симптоматики и редукции или значительному снижению тревожной симптоматики у большинства пациентов. Резидуальные симптомы в основном представлены тревожной и соматической симптоматикой, они соотносятся с выявленными особенностями преморбидного фона больных с невротическими расстройствами с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдро-

мом: нестабильностью вегетативной системы и особенностями личностной структуры (повышенная тревожность, выраженные вегетативные проявления тревоги). При этом важно отметить, что резидуальные когнитивно-аффективные и соматические симптомы тревоги и депрессии пациентами 1-й группы, получившими комплексную терапию, переносились легче, без ипохондрической фиксации на симптомах.

## ВЫВОДЫ

1. Анализ современных научных данных показал потенциальную эффективность фармакотерапии антидепрессантами группы СИОЗС и психотерапии больных с невротическими расстройствами с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом. Применение комплексной фармакотерапии и когнитивно-поведенческой психотерапии у указанных больных потребовало разработки более адекватного краткосрочного ее варианта.

2. Модификация варианта краткосрочной индивидуальной когнитивно-поведенческой психотерапии больных с невротическими расстройствами с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом основана на эмпирических данных и включает изменение целей, терапевтического содержания и психотерапевтических стратегий. Наиболее перспективным является коррекция особенностей интерперсонального взаимодействия пациентов со значимыми лицами путем когнитивной переоценки, повышение активности и эффективности их деятельности в ходе формирования и развития навыков рационального анализа и решения проблемных ситуаций, вызывающих рост психопатологической симптоматики.

3. Клинический анализ эффективности фармакотерапии при невротических расстройствах с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом показал, что применение антидепрессантов из группы СИОЗС (пароксетин, флувоксамин, сертралин) способствует симптоматическому улучшению в состоянии больных (снижению уровня тревоги и депрессии), что приводит к более продуктивному и эффективному психотерапевтическому воздействию.

4. Применение в комплексном лечении больных с невротическими расстройствами с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом разработанного варианта индивидуальной когнитивно-поведенческой психотерапии приводит к снижению фиксации пациента на когнитивно-аффективной и соматической симптоматике, осознанию связей личностных особенностей с развитием и сохранением патологического состояния, что способствует достижению более выраженного терапевтического эффекта.

5. Сравнительный анализ эффективности одной лишь фармакотерапии и комбинированной терапии антидепрессантами группы СИОЗС и индивидуальной когнитивно-поведенческой психотерапией показал достоверно более выра-

женное снижение уровня тревоги и депрессии у пациентов второй группы. В соответствии с выделенными психотерапевтическими мишенями у больных с невротическими расстройствами, прошедших психотерапию, были установлены достоверно более низкие уровни пессимизма, чувства вины, самоотрицания, раздражительности, чувства социальной отчужденности, нерешительности, ипохондрических тенденций и сексуальных дисфункций, по сравнению с пациентами, в лечении которых применялась только лекарственная терапия.

### **Практические рекомендации**

1. При лечении больных с невротическими расстройствами с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом целесообразно применять комплексную терапию (психофармакотерапию антидепрессантами группы СИ-ОЗС и индивидуальную когнитивно-поведенческую психотерапию), которая способствует редукции симптоматики заболевания и повышает продуктивность личностного и социального функционирования пациентов.

2. Использование комплексной терапии пациентов с невротическими расстройствами с ведущим смешанным тревожным и депрессивным синдромом позволяет сократить сроки лечения и повысить экономичность терапии.

### ***Список работ, опубликованных по теме диссертации***

#### **Научные статьи в журналах по перечню ВАК**

1. Забылина Н.А. Сравнительная эффективность фармакотерапии и комплексной терапии больных со смешанным тревожным и депрессивным расстройством невротической природы / Н.А. Забылина, С.В. Полторак // Вестник психотерапии. – 2010. – № 36 (41). – С. 16-21.

2. Забылина Н.А. Фармакотерапия смешанного тревожного и депрессивного расстройства / Н.А. Забылина // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 1 (64). – С. 100-102.

#### **Другие научные публикации**

3. Забылина Н.А. Вопросы диагностики смешанного тревожного и депрессивного расстройства [Электронный ресурс] / Н.А. Забылина // Медицина и образование в Сибири. – 2008. – № 4. – Режим доступа: <http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article> (09 марта 2011)

4. Забылина Н.А. Клиническая характеристика больных смешанным тревожным и депрессивным расстройством / Н.А. Забылина // Альманах современной науки и образования. – 2008. – № 11 (18): Медицина, химия, ветеринарные науки, фармацевтические науки, биологические науки, сельскохозяйственные науки, науки о земле и методика их преподавания. – С. 63-65.

5. Забылина Н.А. Соматические симптомы у больных смешанным тревожным и депрессивным расстройством / Н.А. Забылина // Альманах современ-



ной науки и образования. – 2008. – № 11 (18): Медицина, химия, ветеринарные науки, фармацевтические науки, биологические науки, сельскохозяйственные науки, науки о земле и методика их преподавания. – С. 65-67.

6. Забылина Н.А. Психотерапия больных со смешанным тревожным и депрессивным расстройством / Н.А. Забылина // Личность в современных исследованиях. Материалы VIII международной научно-практической конференции «Проблемы развития личности: психологическое консультирование и психотерапия». – Рязань, 2008. – Выпуск 11. – С. 22-24.

7. Забылина Н.А. Исследование структуры личности у больных смешанным тревожным и депрессивным расстройством / Н.А. Забылина, О.А. Мастакова // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы внебольничной психоневрологической помощи детскому и взрослому населению». – СПб., 2009. – С. 117-119.

8. Забылина Н.А. Кардиологические и вегетативные симптомы у больных смешанным тревожным и депрессивным расстройством / Н.А. Забылина // Сибирский медицинский журнал. Материалы Всероссийского конгресса с международным участием «Психосоциальные факторы и внутренние болезни: состояние и перспективы» и Третьей Региональной междисциплинарной научно-практической конференции Сердечнососудистые заболевания и пограничные расстройства в практике врача» (Новосибирск, 12-13 мая 2011 г.). – 2011. – Том 26, Приложение 1. – С. 104.

9. Забылина Н.А. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство в общетерапевтической практике / Н.А. Забылина // I Медицинский форум Сибири: сборник материалов конференций (Новосибирск, 18-20 мая 2011 г.). – 2011. – С. 57-58.