

# СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСІЇ

*О.В. Срібна*

Льотна Академія Національного авіаційного університету, м. Кропивницький

oksana-kd@ukr.net

<https://orcid.org/0000-0002-1473-950>

Вступ. Проблема афективних розладів останнім часом набуває все більшого поширення. В якості найсуттєвіших причин збільшення частоти депресій – соціальні чинники, а саме: глобалізація, урбанізація, стресові події, міграція, вагомим фактором є удосконалення діагностики депресії. Імовірно, збільшення депресій зумовлено недостатньою якістю діагностики.

За даними експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у всьому світі важкою формою депресії страждає понад 150 мільйонів людей. При тому, що депресивний стан у майже 40 % осіб не діагностується. Передусім це стосується депресій неспсихотичного рівню, тому що у людей, які страждають на емоційні (афективні) розлади, порушення починають розвиватися під сомато-вегетативними симптомами, а більшість із них проходять лікування у лікарів загальноотерапевтичного профілю.

Стосовно перспектив, на думку експертів Гарвардської школи охорони здоров'я за критеріями DALY (зменшення тривалості працездатності, соціально повноцінного життя), найбільш несприятлива динаміка очікується для таких медичних проблем: уніполярна депресія, ішемічна хвороба серця, цереброваскулярні хвороби [2]. Саме до 2020 року фахівці прогнозували, що кількість випадків із такими хворобами буде збільшуватись, й, в такий спосіб, ішемічна хвороба серця домінує серед причин зменшення тривалості повноцінного життя людини, уніполярна депресія опиняється на другому місці, а цереброваскулярні хвороби займають четверте місце, бо третє переходить до дорожніх травм. Втім на сьогодні лідируючі позиції займають вірусні хвороби, які також провокують панічні або депресивні розлади.

Виклад основного матеріалу. Депресія як психічний розлад має прояв у зниженні настрою, що може бути патологічним, у негативній самооцінці, а також песимістичному прогнозуванні розвитку власного життя у майбутньому. Якщо такий настрій відбувається більше ніж два тижні є необхідність звернутись до фахівця. Отже, депресія є захворюванням емоційної сфери особистості, найсуттєвішою характеристикою фахівці визначають стійке зниження загального рівню активності.

Депресія, на думку фахівців, має ендогенну основу й має прояв у вигляді певних порушень механізмів нейромедіації (серотонін, норадреналін, дофамін). Найчастіше причиною депресії визначають дефіцит серотоніну або нестачу серотоніну під час синоптичної передачі між відростками нейронів[2, с. 10].

Таким чином, кожна людина може бути в тій або іншій формі вразливою. Статистика свідчить, що більш схильні до депресії люди у віці 20 – 59 років (максимальна кількість випадків характерна для 20 – 39 років). Жінки страждають на депресію майже у два рази частіше, ніж чоловіки. Так, приблизно 18 – 25 % жінок та 7 – 12 % чоловіків з усього населення планети хоча б раз у житті відчували власне депресивний стан, а 6 % жінок, 3 % чоловіків потребували лікування в умовах стаціонару у психіатричних клініках [1; 2]. Соціально-психологічними наслідками порушення настрою людини є бідність, конфлікти, руйнування сім'ї, алкоголізм, наркоманія, важкі хвороби тощо.

Критерії депресивного епізоду, згідно класифікації ВКХ-10 такі: зниження настрою, що є об'єктивним у порівнянні із нормою, що є властивою пацієнту, що домінує майже щоденно й більшу частину дня та триває не менше двох тижнів; виразне зниження інтересів або задоволення від діяльності, що зазвичай пов'язана із позитивними емоціями; зниження енергії й підвищена стомленість.

Поряд із цим, додатковими критеріями вирізняють додаткові: знижується здатність до зосередження й уваги; зниження самооцінки й почуття

упевненості у собі; ідеї провини та приниження (навіть у легких депресіях); песимістичні прогнози щодо майбутнього; ідеї або дії, що стосуються самошкодження або самогубства; порушення сну; порушення апетиту. Серед депресій вирізняють: органічні, соматогенні, атипічні, соматизовані, вегетативні тощо.

Проте, варто говорити не про депресивний стан, а власне депресивний процес, саме таку позицію обстоюють представники когнітивної терапії. Результативність систематичного застосування когнітивної терапії у клінічній депресії відображено у працях А. Елліса та А. Бека. Когнітивна терапія як швидкодіюча технологія змінювання настрою допомагає позбавити симптомів депресії та сприяє особистісному зростанню, що у подальшому зводить до мінімуму спади настрою й більш ефективно переборювати депресію [1].

Прості, але ефективні засоби контролю настрою у когнітивній терапії забезпечують: Швидке симптоматичне полегшення. У випадках легкого ступеню депресії полегшення симптомів можна очікувати через 12 тижнів. Розуміння. Когнітивна терапія надає чітке пояснення того, чому з'являється похмурість або примхливість, як можна змінити власний настрій. Що спричинює «аномальні» емоції, як діагностувати та оцінити серйозність засмучень. Розвиток самоконтролю. Стає зрозумілим як застосовувати ефективні та безпечні стратегії подолання негативного настрою. Профілактика та особистісне зростання. Дійсно довготривала профілактика майбутніх коливань настрою може фактично ґрунтуватися на переоцінці деяких суттєвих цінностей та установок, що закладені у схильності до депресії [1, 3].

Діагностика емоційного стану здійснюється за опитувальником депресії Бернса [1, с. 46-49]. Доволі швидка анкета виявляє специфіку думок, особливості діяльності та ставлень, наявність фізичних симптомів, суїцидальні наміри. Інтерпретування здійснюється за кількістю балів, що одержує респондент. Найвищий рівень, 100 балів, характеризує надважку із можливих ступенів депресії. Від 0 до 5 балів виявляється відсутність депресії. Також опитувальник вирізняє нормальний, але позбавлений щастя стан, слабо

представлену депресію, помірну, а також сильно виражений й крайній ступень депресії. Серед когнітивних викривлень, що призводять до депресії найяскравіші перфекціоністські висловлювання на кшталт: «Все або ніщо». (оцінка добре під час іспиту трактується як повний крах, провал. Такий варіант оцінювання є нереалістичним. Технічний термін, що висвітлює такий тип сприйняття – дихотомічне мислення. Тобто є чорний та білий кольори, а відтінки не існують.

Надузагальнення або поширення негативного досвіду на весь життєвий шлях або знецінення власних успіхів поряд із якоюсь невдачею. Окрім цього, важливим викривленням є так званий «негативний фільтр». Обрання певної негативної деталі через яку сприймається уся ситуація в цілому як несприятлива або жахлива. Технічна назва такого процесу «селективне абстрагування». Окрім цього, варто зазначити, що знецінення позитивного також призводить до депресивного стану. Стійка звичка деяких осіб перевертати власний нейтральний або навіть позитивний досвід у негативний. Це найруйнівніше когнітивне викривлення, що спричинює депресію. Також слід звернути увагу на поспішні висновки або заключення не підкріплені фактами. Такі висновки називають помилкою двох видів – «читання думок» чи «помилка передбачення». Втім така помилка або приписування іншим власної помилкової позиції стосовно себе, що викликає страждання. Далі, перебільшення чи применшення або «ефект бінокля» призводить до применшення власних успіхів та перебільшення помилок. Звісно, така катастрофізація також негативно впливає на емоційну та поведінкову сфери особистості. Емоційне обґрунтування власних дій стає основою більшості депресій. Окрім цього, є підґрунтям для прокрастинації. Також твердження «повинний» також спричинюють емоційні розлади у повсякденному житті. Тобто, невідповідність власним стандартам призводить до самоприниження. Приклеювання ярликів на самого себе, ще одна причина депресивного розладу. Тобто схильність створювати негативний образ власного «Я» внаслідок надузагальнень стосовно себе. Й, варто зазначити, що персоналізація

також негативно впливатиме на емоційний стан особистості через розвиток почуття провини. Персоналізація викликає почуття провини, що діє як руйнація особистості в цілому. Усі перелічені форми когнітивних викривлень є причинами багатьох депресивних станів.

Метод. Практичне застосування когнітивної терапії (когнітивна терапія на підґрунті спрямованої уваги; терапія настрою Д. Бернса) у профілактиці та корекції депресії починається з самооцінки. Тобто, більшість депресій виникає саме через брак об'єктивної оцінки себе й ціннісного ставлення до власної особистості. Подолання почуття нікчемності й висвітлення власних когнітивних викривлень сприяють адекватному ставленню до себе. Тобто, настрої змінюється через образ думок. Отже, неконструктивні думки спричинюють неконструктивні емоції та неконструктивні дії. Все це утворює так звані наслідки «кола зацепіння» [1; 3].

Тому серед ефективних засобів профілактики та корекції депресії Д. Бернс пропонує задля самоорганізації у боротьбі проти депресії, заціпеніння та апатії складати розклад дня. Такий розклад у вигляді таблиці, що має дві колонки: До (погодинний план того, що планується упродовж дня) та Після (що дійсно впродовж дня було зроблено). Такий простий засіб, як розклад дня сприяє самоорганізації. Окрім цього, варто створити Листок прокрастинації. Такий метод дозволяє перебороти звичку до прокрастинації та підвищити власну самооцінку. Кожного дня необхідно записувати у відповідній колонці одну чи два завдання, які раніше відкладалися. Якщо це складне завдання, то його треба розбити на декілька етапів по 15 хвилин на кожний. В іншій колонці треба оцінити від 0 до 100 % наскільки важко було виконати це завдання. У третій колонці варто написати власний прогноз щодо задоволення від виконання цього завдання. Після завершення кожного з етапів необхідно відзначити, наскільки важким він очікувався таскільки задоволення він надає. Також результативним є щоденник думок. Необхідно записувати думки, що з'являються у голові, коли опрацьовується завдання. Завдяки цьому можна визначити в чому полягає проблема. У цьому місці варто написати

раціональну відповідь, що підтвердить нереалістичність таких думок. Такий підхід дозволяє вивільнити енергію для певної дії. Окрім цього, задля виявлення сенсу діяльності, клієнтам пропонують вести Листок передбачуваного задоволення. В такий Лист варто записувати справи, що спрямовані на покращення власного самоствавлення. Справи необхідно спланувати на декілька тижнів в такий спосіб: деякі самостійно, а решту – у компанії. Усі справи необхідно оцінити у відповідності із задоволенням, що планується одержуватись за шкалою від 0 до 100 %. Потім справа оцінюється за реальним задоволенням наскільки вона (у відповідності – самостійно або у супроводі компанії) виявилася такою, що надає реальне задоволення.

Ефективною виявляється техніка самопідтримки, що пропонує виписувати у табличку в колонку думки, що знецінюють, а в паралельну колонку ствердження, що надають підтримку. Така табличка дозволяє вочевидь побачити власні ірраціональні думки та позбавитись від них через ствердження, що надають підтримку.

Техніка думок, що заважають та думок, що допомагають дозволяє позбавитись від покрастинації саме так. Під час планування вирішення будь-якого завдання необхідно звернути увагу на те, про що думає особистість. Думки, що заважають втрачають силу треба замінити на ті, що допомагають. Для цього варто заповнити табличку з двох колонок. В одну записати думки, що заважають, а в іншу ті, що допомагають. Така об'єктивація проблеми сама по собі сприяє позбавленню від негативних думок.

Окрім цього, дуже простий спосіб самоактивації полягає у розділенні завдання на декілька маленьких складових компонентів. Завдяки цьому можна позбавитись тенденції щодо гнітючих думок про те, що необхідно зробити. Така техніка уможливорює ефективно підтримувати загальний рівень концентрації.

Отже, застосовуючи когнітивну терапію депресії нам вдалося ефективно позбавити клієнтів, що звернулися по допомогу саме для вирішення такої проблеми. У порівняльній діагностиці було залучено 75 осіб ( 50 – жінки, 25 –

чоловіки). Застосовуючи «Опитувальник Д. Бернса», як для первинної діагностики, так і для контрольної діагностики, ми з'ясували результативність запропонованих заходів.

*Таблиця 1*

**Результативність технік когнітивної терапії у корекції депресії за опитувальником Д. Бернса**

Шкали опитувальника	Первинна діагностика (%)		Контрольна діагностика (%)	
	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
Думки та почуття	32	18	12	10
Діяльність та особисті ставлення	36	17	16	10
Фізичні симптоми	22	50	12	20
Суїцидальні наміри	10	15	-	-

Висновки. Таким чином, більшість досліджуваних як чоловічої, так і жіночої статі відчули істотне полегшення після проходження когнітивної терапії, спрямованої на корекцію думок, внаслідок цього емоційного стану, а потому й поведінки та дій досліджуваних.

У такий спосіб, теоретичні та практичні положення, запропоновані до діагностики та лікування депресії, узагальнені та обґрунтовані Д. Ковпаком, Л. Третьяком, а також цілеспрямований вплив на когнітивну сферу (когнітивна терапія на підґрунті спрямованої уваги; терапія настрою Д. Бернса), сприяють корекції емоційних розладів, що віддзеркалюється на самоставленні та поведінці особистості.

**Література:**

1. Бернс Д. Терапия настроения: Клинически доказанный способ победить депрессию без таблеток. М.: Альпина Паблишер, 2019. 550 с.
2. Ковпак Д.В., Третьяк Л.Л. Депрессия. Современные подходы к диагностике и лечению. Техники релаксации на DVD. СПб.: Наука и Техника, 2013. 384 с.
3. Уильямс М., Тисдейл Дж., Сигал З., Кабат-Зинн Дж. Выход из депрессии. Спасение из болота хронических неудач. СПб.: Питер, 2020. 320 с.