

# Short-term CBT of mixed anxiety-depressive disorder

*Sofia Ivanivna Lahutina*

Bogomolets National Medical University

Epidemiological studies indicate that anxiety and depressive disorders are the most common mental health problems, without timely and effective help, they can have a pronounced negative impact on the quality of life of a person. Cognitive-behavioral therapy is one of the most researched and effective psychotherapeutic methods for treating depression, anxiety disorders, PTSD, eating disorders, and many others. The purpose of this article is to show the effectiveness of short-term cognitive-behavioral psychotherapy of mixed anxiety and depressive disorder. The clinical case presented in this article illustrates a person whose mental disorder caused somatic symptoms, reduced life quality. The introduction of cognitive-behavioral therapy in national protocols of treatment of mental disorders will improve the quality of life, facilitate faster re-socialization and rehabilitation of patients.

---

## Вступ

Пацієнтка К., 52 роки звернулась до Клініки комплексної психотерапевтичної реабілітації зі скаргами на тривогу, безсоння, тремор в кінцівках, слабкість в ногах, відчуття стиснення в області грудної клітини, біль у нижній частині живота, відсутність апетиту. Відмічала схуднення, сухість у роті, розлади травлення. Пацієнтку турбували нестерпні тривожно-депресивні думки, відчуття підвищеної дратівливості, зниження настрою.

## Анамнез життя

Народилася в місті В., від здорової вагітності у фізіологічних неускладнених пологах, єдина дитина в сім'ї. Ходити і говорити почала вчасно. Дитячі інфекційні захворювання заперечує. Відвідувала дитячі дошкільні установи.

У 6 років пішла до школи, закінчила 10 класів. За рівнем фізичного і розумового розвитку від однолітків не відставала. У школі навчалася відмінно, була комунікабельною, цілеспрямованою, мала багато друзів. Була організатором громадських заходів, любила знаходитися в центрі уваги. Захоплювалася читанням художньої літератури.

Після закінчення школи, в 16 років, вступила в педагогічний університет, обравши професію бібліотекара. Під час навчання в університеті, у 22 роки вийшла заміж по закоханості. Чоловік навчався в тому ж університеті, але на іншому факультеті. У 23 роки закінчила університет та влаштувалася на роботу у медичний коледж, бібліотекарем. Робота була престижною, цікавою, приносила пацієнтці задоволення та натхнення. Чоловік займався бізнесом. Того ж року, у пацієнтки народилась дочка, вагітність та пологи протікали без ускладнень, декретну відпустку не брала. Стосунки в родині були гармонійними, подружжя підтримувало один одного. У 1992 році подружжя придбало власну квартиру.

У 27 років пацієнтка завагітніла вдруге. Дитина народилася здоровою, але на першому році життя захворіла і померла від саркоми нирок. Після смерті дитини пацієнтка замкнулась у собі, не виражала емоцій, повністю занурилася в роботу. Емоційний стан - невиразні тривожні та депресивні симптоми. Необхідності звертатись за допомогою не було. Через 1,5 роки пацієнтка втретє завагітніла і на 5 місяці втратила дитину. Цього разу пацієнтка знову

тримала емоції в собі, перебувала у постійно зниженому настрої приблизно пів року. Чоловік намагався всіляко її підтримувати, бути поряд.

У 31 рік народила здорового сина. Після народження сина взяла декретну відпустку, 3 роки не працювала. За її словами, це був дуже важкий період для неї, бо, через те, що вона постійно тривожилася за здоров'я сина, не відходила від нього, їй довелося обмежити соціальні контакти.

У 46 років захворіла на злоякісну пухлину молочної залози. За її словами, це сталося після зради чоловіка. Відзначає, що у той момент чоловік віддалився від неї, почав затримуватись на роботі, що значно погіршувало її емоційний стан. Почали виникати негативні думки, знизився настрій, з'явилась ангедонія, смуток, розчарування, зниження енергії. Хоча, все одно пацієнтка намагалась не звертати увагу на свій стан, поралась по господарству, піклувалась за сином, продовжувала працювати. За допомогою до психотерапевта не зверталась. Зазначає, що намагалась робити будь що, аби не думати про хворобу. Відзначає, що ніколи не переймалась через власне здоров'я, бо найголовнішим у її житті була турбота про власну родину. Невдовзі було виконане оперативне втручання - секторальна резекція протоків молочної залози та комбінована хіміотерапія. Під час хвороби пацієнтка почала активно відвідувати церкву, що, за її словами, мало для неї вирішальне значення для інсталяції надії на майбутнє. З того часу релігія стала невід'ємною частиною її життя. Зараз пацієнтка знаходиться в стані ремісії.

Одночасно з розвитком онкологічного захворювання знизилась шкільна успішність сина, він почав вживати наркотичні речовини. Згодом став красти гроші. До спеціалізованих центрів не зверталися. Самостійно намагались ізолювати сина від несприятливого соціального оточення, постійно контролювали його дії. Стан сина дещо покращився, але епізоди вживання наркотичних речовин все одно повторювались. У 2012 році син поступив до технологічного університету. Під час навчання у вищі епізоди вживання наркотичних речовин продовжувалися. У 2014 році було вирішено, що через стан сина (за для зміни соціального оточення) сім'я переїжджає до Києва. В Києві пацієнтка та її чоловік були змушені влаштуватись на менш престижні робочі місця, жити на орендованій квартирі. Син був переведений в інший навчальний заклад, влаштувався на роботу кур'єром. Через 3 місяці був звільнений з роботи через постійні пропуски, більше на роботу не намагався влаштуватись, весь час проводив вдома перед телевізором. Одразу після переїзду до Києва, пацієнтка помітила погіршення настрою, збільшення кількості негативних думок, погіршення апетиту. За допомогою до спеціалістів не зверталася.

Сімейний анамнез: мати працювала лікарем. Свою матір пам'ятає як сувору, вимогливу жінку, яка була завжди втомленою через важку роботу. Стосунки з матір'ю характеризує як хороші, дружні, відзначає, що й досі звертається за порадами до матері, часто дзвонить по телефону. Зараз мати проживає в місті В. Батько за фахом також був лікарем. Описує його як емоційно відсутнього. Пиячив, помер від цирозу печінки, коли пацієнтці було 22 роки. Стосунки між батьками були напружені. Пацієнтка згадує, що батьки постійно сварились, іноді могли місяцями не розмовляти. Пацієнтка також розповіла, що «завжди мріяла мати справжню, дружню сім'ю».

Соматичний анамнез: дитячих захворювань не пам'ятає. Спадковість – у матері було два діагностованих великих депресивних епізоди. Протягом життя хворіла на дифузний токсичний зоб, з приводу чого була зроблена часткова резекція залози. ЧМТ, судомні/безсудомні напади не спостерігались. Гепатит, туберкульоз, венеричні захворювання, шкідливі звички заперечує. На даний момент - 4 роки менопауза, наявні атеросклеротичні зміни мозкових судин, помірні зміни аортального клапана. Алергологічний анамнез не обтяжений.

## **Анамнез захворювання**

Вважає себе хворою з 2011 року після сварки з чоловіком, коли вона дізналася, що він її зрадив. Відзначала відчуття туги, смутку, вважала, що саме вона винна в зраді чоловіка, бо вона недостатньо зусиль докладала для гармонізації їх відносин, «мало робила для сім'ї». Виникло безсоння, депресивна румінація (думки – «моє життя зламане», «я нікому не потрібна»), зниження апетиту, підвищена втомлюваність, пасивність, відмова від контактів з оточуючими. Вперше виник тремор кінцівок та відчуття стиснення в грудині. До медичного закладу пацієнтка не зверталася. Подружка їй порадила пропити курс есциталопраму, але пацієнтка вживала його лише на протязі трьох місяців. Вважає, що впоралась з цим станом лише завдяки силі волі та твердості характеру. Через деякий час стосунки з чоловіком покращились, атмосфера в сім'ї нормалізувалась. Але, невдовзі, пацієнтка захворіла на рак молочної залози, виникнення якого пов'язує з переживаннями щодо зради. Після довгого лікування (хірургічного та медикаментозного) пацієнтка знаходиться в стані ремісії.

Повторна поява симптомів відбулась у 2014 році у вигляді зниженого настрою, зниження життєвих сил, порушення сну, негативних думок. Пацієнтка пов'язує цей стан з переїздом до Києва. Переїзд до нового міста став важким стресом для пацієнтки, і це спровокувало чергове загострення захворювання. Було проведено повторне лікування есциталопрамом (на протязі приблизно двох місяців) без звертання до спеціалістів.

Пацієнтка вперше звернулась до клініки в 2017 році, коли її стан погіршився втретє (з моменту виникнення перших симптомів пройшло 6 років). Пов'язує погіршення стану з ситуацією з приводу нарахування відсотків по кредиту, який взяв син. Ця звістка стала повною несподіванкою для родини. Виявилось, що, одночасно з переїздом до Києва син, без відома батьків взяв кредит у банку. Пацієнтка дізналася про кредит, знайшовши лист із грошовою сумою відсотків у поштовій скрині. На даний факт син відреагував агресивно, відмовився пояснювати ситуацію, яка склалася, відбулася сварка.

Пацієнтка звернулась до клініки у зв'язку зі стійким безсонням. Останні два тижні пацієнтка спала менше 6 годин. Зазвичай вона лягає спати в 22.00, приблизно в 4.00 вона прокидалась, через те, що в голову приходили песимістичні думки. Негативні думки провокували симптоми тривоги: починалося тремтіння всього тіла, запаморочення, слабкість в ногах, нестерпний тиск в області грудної клітини. Загалом погіршився апетит, після чого пацієнтка схудла на 3 кг. Був нерегулярний стілець. Також відзначала тяжкість в нижній частині живота, незначне зниження зору, відчуття натягу в області шиї, інколи – біль в попереку. Знизилась здатність до концентрації уваги, поведінкова активність, обмежились контакти зі знайомими. Знизилась кількість занять, які раніше були приємними та ресурсними для пацієнтки: в'язання та вишивання, кулінарія, читання, заняття фітнесом.

## **Психічний статус**

На первинному прийомі у психіатра виказує скарги на порушення сну у вигляді частих нічних пробуджень протягом останніх трьох тижнів, зниження настрою, втомленість, зниження працездатності. Під час нічних пробуджень має відчуття тиснення в грудній клітці, біль в нижній частині живота, відсутність апетиту. Відмічає схуднення, сухість у роті, розлади травлення. Відзначає негативні думки, що постійно повторюються.

Психічний статус: контакт продуктивний, орієнтація в місці, часі, оточенні і власній особистості не порушена. Скарги висловлює самостійно. Патології у сфері сприйняття не має, посилені окремі інтероцептивні відчуття. Пам'ять та інтелект без значних змін. Знижена здатність до концентрації уваги. Мислення і мова в прискореному темпі, судження песимістичні. Маячіння не продукує. Загальний фон настрою знижений з виразним тривожним компонентом, суїцидальні тенденції відсутні. Вищі почуття розвинуті достатньо, нижчі - харчове, орієнтовне, статеве – помірно ослаблені. Пацієнтка астеноїзована, активна увага легко виснажується. Критика до свого стану збережена.

## Психодіагностичне обстеження

Пацієнтка обстежена за Госпітальної шкалою тривоги та депресії (HADS). При зверненні до клініки рівень тривоги був 11 балів, депресії – 12 балів, тобто були наявні клінічно виражені критерії тривоги та депресії, з переважанням останньої.

За шкалою для оцінки тривоги (HAM-A) при зверненні до клініки пацієнтка набрала 18 балів, що свідчить про середній ступінь вираженості тривожного розладу.

Пацієнтка обстежена за допомогою опитувальника якості життя SF-36. Для всіх шкал опитувальника при повній відсутності обмежень чи порушень здоров'я максимальне значення дорівнює 100 балів. Чим вищий показник по кожній шкалі, тим кращою є якість життя по цьому параметру. Всі шкали групуються у два показники: фізичний компонент здоров'я (PH) та психологічний компонент здоров'я (MH).

Результати опитувальника відповідають задовільним значенням якості життя по всім шкалам, крім психологічного здоров'я (MH=28,00) та болю (P=41,00) та дещо знижені показники шкал життєздатності (VT=35,00) та соціального функціонування (SF=50,00). Фізичний компонент здоров'я (PH) склав 52,41, психологічний (MH) - 29,55.

За даними опитувальника можна зробити висновок, що фізичний стан пацієнтки не обмежує виконання фізичного навантаження (самообслуговування, підйом по сходах тощо). Повсякденна діяльність (робота, хатні справи тощо) не обмежена фізичним станом пацієнтки. Інтенсивність болю певним чином обмежує здатність пацієнтки займатися повсякденними справами, обмежує активність. Фізичний компонент здоров'я пацієнтки є трохи вищим за середній. На разі пацієнтка відчувається втомленою, є зниження життєвої енергії. Наявне певне обмеження соціальних контактів у зв'язку з погіршенням загального стану. Переважає значне погіршення психологічного компоненту здоров'я, що об'єктивно могло виникнути через тривожно-депресивний стан.

## Діагноз та його обґрунтування

Діагноз був поставлений на основі скарг пацієнтки, анамнезу життя та захворювання, результатів психодіагностичного дослідження. Мали місце скарги пацієнтки на порушення сну у вигляді частих нічних пробуджень, зниження настрою, втомленість, зниження працездатності; серед соматичних скарг відзначає сухість у роті, розлади травлення, тиснення у грудній клітці. Спадковість обтяжена психічним захворюванням матері та залежністю батька. Також присутні негативні думки, які мають характер румінативних. Виявлене підвищення показників тривоги та депресії за допомогою психодіагностичних шкал. Наявні одночасно симптоми тривоги та депресії, але жоден із цих станів не переважає, тому ми не можемо в даному випадку, при розгляді кожного з цих розладів, поставити окремий діагноз.

Згідно з МКБ 10-го перегляду були відмічені критерії змішаного тривожно-депресивного розладу, код 41.2 (присутні одночасно і тривожність, і депресія, але жоден з цих станів не є превалюючим, а ступінь вираженості їх симптоматики не дозволяє при розгляді кожного поставити окремий діагноз).

Згідно з DSM-V виконуються критерії великого депресивного епізоду з тривожним дистресом важкого ступеня.

Великий депресивний розлад:

- окремий епізод
- повторний епізод

Критерії (коротко)

1. Понад два останніх тижні більшу частину дня, майже щодня, спостерігається 5 з нижченаведених ознак (1 і 2 повинні бути обов'язково): Пригнічений настрій Втрата інтересу або активності практично у всіх сферах життя Значне зниження або підвищення ваги (більше ніж на 5% за місяць) чи збільшення або зниження апетиту, спостережуване практично щодня Недостатній або надмірний сон Психомоторна загальмованість або збудження (ажитация) Слабкість або недостатність енергії Почуття неповноцінності або надзвичайне чи неадекватне відчуття провини (не тільки самозвіт відносно хвороби). Зниження здатності мислити або концентрувати увагу чи труднощі під час прийняття рішень (за суб'єктивною оцінкою або на думку оточуючих) Повторювані думки про смерть (не тільки страх смерті), суїцидальні думки або тенденції, продумування способи суїциду
2. Симптоми викликають клінічно значущий дистрес (труднощі функціонування) чи порушують соціальне, професійне функціонування або іншу важливу сферу активності
3. Епізод не можна віднести до фізіологічних проявів прийому ліків або до соматичних захворювань
4. Даний депресивний епізод не можна трактувати як прояв розладів шизофренічний спектра
5. У пацієнта ніколи не було гіпоманіакальних або маніакальних епізодів

Отже, був поставлений діагноз: тривожно-депресивний розлад середнього ступеня важкості (за МКБ-10)/великий депресивний епізод з тривожним дистресом важкого ступеня (за DSM-V).

## Лікування

Було проведено комплексне лікування пацієнтки - психотерапевтичні інтвенції у поєднанні з фармакотерапією. Пацієнтка отримувала антидепресивну терапію у вигляді селективного інгібітору зворотного захоплення серотоніну - есциталопрам 10 мг/д, анксиолітика - прегабалін 75 мг/д. Ефективність даних препаратів є доведеною у багатьох мета-аналізах, медичних оглядах.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) стала методом вибору в даному клінічному випадку. КПТ проводилась спочатку 2 рази на тиждень, потім 1 раз, наприкінці - бустерні сесії (з поступовим збільшенням часу між сесіями). Загалом проведено 13 сесій.

1	Діагностична сесія. Клінічне інтерв'ю, збір інформації для побудови формулювання проблеми пацієнтки, визначення мішеней в терапії, психодіагностика.
2	Побудова формулювання проблеми разом з пацієнткою, спільне обговорення мішеней терапії, узгодження цілей терапії. Ознайомлення пацієнтки з моделлю КПТ, психоедукація. Д/з - книга «Сон та його порушення».
3	Продовження психоедукації та залучення в модель КПТ. Обговорення прочитаної книги «Сон та його порушення». Пояснення принципу АВС. Навчання техніці дистанціювання від негативних думок на прикладі останнього погіршення настрою пацієнтки. Д/з - привести 3 приклади з повсякденного життя по типу АВС, застосування техніки дистанціювання від негативних думок.
4	Обговорення домашнього завдання, оцінка успішності виконання пацієнткою техніки дистанціювання від негативних думок. Пояснення принципів нейропсихоімуноендокринології на прикладі захворювань пацієнтки. Навчання пацієнтки техніці прогресивної м'язової релаксації по Джекобсону. Початок проведення

	техніки поведінкової активації, пояснення бланку моніторингу активностей на прикладі опису вчорашнього дня пацієнтки. Д/з - заповнення бланку моніторингу активностей, виконання техніки м'язової релаксації.
5	Перевірка заповненого бланку моніторингу активностей, обговорення успішності виконання техніки прогресивної м'язової релаксації по Джекобсону. Початок роботи з цінностями і цілями на майбутнє. Продовження техніки поведінкової активації. Робота з когнітивними фільтрами на прикладі думки «Я втрачу роботу». Аналіз разом з пацієнткою бланку запису думок. Д\з - продовження заповнення бланку моніторингу активностей, бланку запису думок, продовження застосування техніки м'язової релаксації.
6	Аналіз разом з пацієнткою бланків запису думок та моніторингу активностей. Застосування техніки вирішення проблем з приводу поїздки на вихідних у інше місто, визначення цінностей, постановка довго- і короткострокових цілей на майбутнє, планування активностей згідно з цінностями пацієнтки. Пояснення бланку моніторингу і планування активностей. Д/з - заповнення бланку моніторингу і планування активностей.
7	Аналіз домашнього завдання та початок роботи з когнітивною реструктуризацією. Пояснення бланку для запису і тестування думок. Тестування думок «Мене не цінять», «Я втрачу роботу». Д/з - заповнення бланку для запису і тестування думок.
8	Аналіз разом з пацієнткою бланку для запису і тестування думок. Продовження когнітивної реструктуризації з думкою «Я залишусь одна», продовження постановки короткострокових цілей на тиждень, ознайомлення з технікою майндфулнес повсякденної діяльності. Початок роботи з глибинним переконанням (перегляд формулювання проблеми, психоедукація). Д/з - виконання запланованих активностей, техніка «Написання листа собі», згадати випадок з дитинства, коли активувалась схема негативних патернів поведінки, намагатися міняти думки в уяві, не застосовуючи бланк запису і тестування думок.
9	Перевірка домашнього завдання, обговорення "Листа собі", випадку з дитинства, коли активувалась дезадаптивна схема. Початок когнітивного опрацювання схеми негативних патернів поведінки, що була виявлена (ідентифікація дисфункційної - «Я недостатньо цінна», оцінка сили переконання, генерація адаптивної схеми, тестування обох схем за допомогою сократівських питань, оцінка сили обох переконань).
10-11	Експеріментальна робота (застосування техніки крісел). Поведінкове тестування і втілення нових правил життя і схем, зокрема у сімейному і суспільному житті, зміні стосунків з собою. Паралельно - навчання різних видів техніки майндфулнес (а саме - майндфулнес їжі та фізичної активності). Постановка довгострокових цілей на майбутнє.
12-13	Дві бустерні сесії, на яких була проведена оцінка зробленої роботи, обговорення ситуацій, які б могли призвести до рецидиву (робота на попередження рецидиву): одна - через 2 тижні, потім - через місяць.

Таблиця 1. Звіт про перебіг терапії.

## Лікування та його результати

Для оцінки ефективності проведеної когнітивно-поведінкової психотерапевтичної роботи, доцільності її поєднання з фармакотерапією, моніторингу змін стану пацієнтки було вирішено провести психодіагностичне обстеження (були застосовані ті ж самі шкали, що й на початку терапії) через місяць після початку лікування (було проведено 6 сесій). Застосовані опитувальники відзначаються високою надійністю, валідністю й дозволяють ефективно оцінити зміни стану.

За Госпітальної шкалою тривоги та депресії (HADS) у пацієнтки через місяць після початку лікування рівень тривоги став 7 балів, депресії – 9 балів, тобто рівень тривоги знизився до нормального значення, а показник депресії визначає субклінічну вираженість.

За шкалою для оцінки тривоги (HAM-A) показник складає 12 балів, що свідчить про відсутність тривоги.

За опитувальником якості життя SF-36 психологічний компонент здоров'я склав 44,95, фізичний компонент - 55,15, що свідчить про покращення стану пацієнтки вже через місяць після застосування фармакотерапії в поєднанні з когнітивно-поведінковою психотерапією.

Важливою частиною лікувального процесу стала психоедукація пацієнтки з приводу походження її психічного розладу, механізму його формування, динаміки розвитку та обґрунтування терапевтичних втручань. Завдяки застосуванню техніки поведінкової активації, зросло соціальне функціонування пацієнтки, техніки майндфулнес та релаксаційні техніки суттєво вплинули на інтенсивність болю, зріс показник загального здоров'я. Після проведення психоедукації, когнітивних технік суттєво знизився рівень тривожності, що безумовно вплинуло на показник психологічного здоров'я.

## **Висновки**

Даний клінічний випадок відповідає критеріям психосоматичного розладу, адже поєднує в собі тривожні, депресивні симптоми, вегетативну симптоматику, психогенні передумови виникнення розладу. У даної пацієнтки є поєднання психічних і соматичних симптомів, з переважанням останніх.

Поєднання медикаментозних та психотерапевтичних методів (зокрема когнітивно-поведінкової терапії) згідно з міжнародним протоколом, дає позитивні результати в обмежений термін, дозволяє знизити тривогу, а також значно зменшити рівень депресії [1]. Таке поєднання є найбільш доцільним, адже кількість рецидивів після застосування комплексної терапії є об'єктивно меншою, порівняно з застосуванням обох методів окремо, наш клінічний випадок це підтверджує.

## **References**

1. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF 3rd. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry*. 2014; 13(1):56-67. DOI | [PubMed](#)