

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
УКРАЇНСЬКИЙ КАТОЛИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

На правах рукопису,  
остаточна версія

---

/Підпис студента/

**ПЕТРОВСЬКИЙ Андрій Ярославович**

**ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ КПТ У НАДАННІ  
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З  
ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ: СИСТЕМНИЙ ОГЛЯД  
ЛІТЕРАТУРИ**

Спеціальність 053 - Психологія

Магістерська робота на здобуття кваліфікації магістра

**Кафедра клінічної психології**

**Науковий керівник**

Плевачук Оксана Юріївна,

кандидат медичних наук, доцент

---

/Підпис наукового керівника/

Львів – 2021

**Вищий навчальний заклад «Український католицький університет»**

**Факультет наук про здоров'я**

**Кафедра клінічної психології**

**Пояснювальна записка**

до магістерської роботи

магістр

(освітній ступінь)

на тему:

«Особливості застосування методів КПТ у наданні психотерапевтичної  
допомоги пацієнтам з ішемічною хворобою серця: системний огляд  
літератури»

**Виконав:**

студент 6 курсу групи ЗПК 19/М

спеціальності 053 «Психологія»

Петровський А.Я.

**Керівник:** кандидат медичних наук, доцент

Плевачук О.Ю.

**Рецензент:**

Львів – 2021

**Вищий навчальний заклад «Український католицький університет»**

Факультет наук про здоров'я  
Кафедра клінічної психології

Освітній ступінь магістр

Спеціальність 053 Психологія

Освітня програма Клінічна психологія з основами когнітивно-поведінкової терапії

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_

“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ року

**ЗАВДАННЯ**  
**НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЕКТ (МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ) СТУДЕНТУ**

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема проекту (роботи) \_\_\_\_\_

керівник проекту (роботи) \_\_\_\_\_,

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені Вченою Радою факультету від “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № протоколу \_\_\_\_\_

2. Строк подання студентом проекту (роботи) \_\_\_\_\_

3. Вихідні дані до проекту (роботи) \_\_\_\_\_

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) \_\_\_\_\_

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень) \_\_\_\_\_



## ЗМІСТ

ВСТУП .....	6
РОЗДІЛ 1. ВПЛИВ ПРОЯВІВ СОМАТИЧНИХ, СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ .....	10
1.1. Психологічні особливості сприйняття хвороби .....	10
1.2. Вплив ряду найбільш поширених соматичних захворювань та хронічних фізичних станів на психічне здоров'я людини .....	12
1.2.1. Діабет .....	13
1.2.2. Серцево-судинні захворювання .....	13
1.2.3. Хронічні респіраторні захворювання .....	15
1.2.4. Онкологічні захворювання .....	15
1.3. Когнітивно-поведінкова терапія при соматогенних психічних розладах .....	16
1.3.1. Когнітивно-поведінкова терапія депресії .....	16
1.3.2. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів .....	20
Висновки до Розділу 1 .....	21
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ КПТ У НАДАННІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ .....	22
2.1. Опис методологічних підходів до проведення системного огляду .....	22
2.2. Опис та характеристика організації проведення дослідження .....	26
Висновки до Розділу 2 .....	29
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ ВІДБРАНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ .....	29
3.1. Результати аналізу досліджень .....	29
ВИСНОВКИ .....	57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	59
Додаток А .....	67

## ВСТУП

Інститут метрик та оцінки стану здоров'я в рамках проекту Global Burden of Disease встановив, що смертність від серцево-судинних захворювань займає перше місце і складає 32% від загальної кількості причин, серед усіх вікових категорій, по всьому світі за 2019 рік. З цієї кількості 16,1% смертей припадає на ішемічну хворобу серця.[1] Таким чином ІХС є найбільш частою причиною передчасної смерті та втрати працездатних років життя.[8] Серед переважної більшості країн Європи кількість смертей через ІХС знаходиться на одному рівні, або ж йде на спад, тоді як в Україні починаючи з 1998 року помічається зростання від 550 випадків на 100 тисяч населення до 739 випадків станом на 2019 рік.[2]

За даними центру медичної статистики МОЗ України за 2019 рік від хвороб системи кровообігу померло 389 348 осіб, з них 69% з діагнозом ішемічної хвороби серця.[3]

Аналізуючи дані Global Burden of Disease Study дослідники (Moien Hashim, Baniyas, 2020) дійшли висновку, що рівень розповсюдженості ІХС за наступні 10 років зросте на 11%, з 1655 випадків на 100 тисяч населення станом на 2019 рік до 1845 у 2030 році. Зростання захворюваності буде наслідком не лише збільшення кількості факторів впливу таких як ожиріння, цукровий діабет, метаболічний синдром тощо, але й підняття глобального рівня населення старшого віку.[4]

Дослідники (Gheorghe, Griffiths, Murphy, Legido-Quigley, Lamptey, Perel, 2018) провівши системний огляд фінансової сторони проблеми серцево-судинних захворювань серед країн із низьким та середнім рівнем доходів, дійшли висновку, що лікування одного епізоду ішемічної хвороби особисто для пацієнта коштує від 2500 до 4800 тисяч доларів. Таким чином ІХС знаходиться на одному рівні із вартістю лікування інсульту.[7]

За даними інституту метрик та оцінки стану здоров'я, ІХС займає першу позицію серед усіх причин із показником в 7,1% від загального, світового числа років життя втрачених через хворобу (DALY).[5] За цим ж показником,

Україна посідає перше місце у світі з результатом 12,674 роки на 100 тисяч населення.[6]

Депресія і тривога куди частіше зустрічаються разом із ішемічною хворобою серця. В середньому у 20% пацієнтів після пережитого гострого інфаркту міокарда виявляють симптоми депресії.[9] Частота смерті від усіх причин серед пацієнтів, що мали депресію після пережитого кризьшкірного коронарного втручання складає 23,5%, тоді як у людей без депресії 12,2%. До того ж досліджуючи довгострокову смертність в перспективі 7 років, стало відомо, що окрім впливу тривожності, депресія в 1,6 разів збільшувала смертність серед осіб після ККВ.[10] Тривожні розлади, котрі як і депресія, виникають, як правило в періоді 2 років після інфаркту міокарда мають вплив на виникнення повторного інфаркту.[11] Тривога у пацієнтів із пережитим інфарктом міокарда на 36% збільшувала ризик несприятливих серцевих випадків.[12]

Люди котрі в процесі виконання повсякденної активності відчували симптоми стенокардії мали куди більший рівень прояву ознак депресії та тривоги, ніж ті в кого розвинулась тиха ішемія. Пацієнти, яким недавно був поставлений діагноз стенокардії набирали більше балів по шкалі депресії Бека та за опитувальником стану межі тривожності (STAI).[13]

Дослідження, що проводилось серед людей із підтвердженим діагнозом гострого інфаркту міокарда, свідчить, що депресивні симптоми збільшували кількість ускладнень на 40% і 33% для осіб жіночої та чоловічої статі відповідно.[14]

За даними Американського кардіологічного коледжу, одна третя пацієнтів, що перенесли гострий інфаркт міокарда має симптоми депресії, тоді як кожний п'ятий пацієнт страждає від депресивного розладу. До 40% госпіталізованих відзначають ознаки тривоги, а 15% страждають від ПТСР.[15] Ці психічні недуги і без зв'язку із ІХС можуть суттєво погіршити життя людини, а для осіб, що знаходяться на шляху подолання наслідків гострого інфаркту міокарда, – є ще більшою проблемою.

Реабілітація після ГІМ потребує достатнього включення у виконання фізичних вправ та систематичний прийом ліків, а психічні захворювання у свою чергу можуть в достатній мірі цьому завадити, що в цілому матиме негативний вплив на процес видужання та збільшить шанс виникнення рецидиву.

КПТ є терапією першого вибору при депресивних та тривожних розладах, а її ефективність науково доведена. Кількість рецидивів депресії після проходження КПТ є меншою, ніж за прийому антидепресантів, що робить когнітивно-поведінкову терапію депресії більш ефективною за медикаментозне лікування.[15]

Дослідження вторинної профілактики рецидивів ІХС із застосуванням КПТ показало, що частота проявів ГІМ знизилась на 45%, тоді як смертність від усіх причин зменшилась на 28%. Це дозволяє припустити, що застосування методів КПТ ймовірно має вплив на зменшення ризику виникнення повторних проявів ішемічної хвороби серця та вірогідно потребує залучення до програм вторинної профілактики та реабілітації пацієнтів із ІХС.[16]

З огляду на це, є доцільним провести системний огляд літератури, аби виявити особливості застосування КПТ при ІХС.

**Об'єктом дослідження** є когнітивно-поведінкова терапія при ішемічній хворобі серця.

**Предметом дослідження** являються особливості застосування методів КПТ у наданні психотерапевтичної допомоги людям хворим на ішемічну хворобу серця.

**Метою дослідження** є виявлення особливостей застосування методів КПТ у роботі із людьми хворими на ішемічну хворобу серця.

**Цілі:**

1. Виокремити критерії включення та виключення задля відсіювання джерел і відповідно збільшення рівня аргументованості системного огляду особливостей використання КПТ методів у наданні психотерапевтичної допомоги людям з ІХС.



2. Оглядаючи дослідження, визначити особливості надання психотерапевтичної допомоги з використанням КПТ при роботі з пацієнтами хворими на ІХС. В тому числі розглянути деталі та відмінності такої допомоги при класифікаційному розгалуженні ІХС на загальний ряд різновидів.
3. Описово визначити рівень ефективності методів КПТ при наданні допомоги людям із ІХС
4. Провести аналіз та інтерпретацію відібраних досліджень.
5. За результатами проведеного системного огляду визначити, якими є особливості застосування КПТ у допомозі людям із ІХС, який вплив має психотерапевтична допомога на подальший перебіг захворювання та визначити клінічну користь, задля розуміння доцільності проведення подальшого емпіричного дослідження.

**Гіпотези дослідження:**

1. Психотерапевтична допомога людям хворим на ІХС за допомогою КПТ матиме помітні відмінності у структурі організації та методах терапії
2. КПТ буде такою ж ефективною при вторинній, соматогенній тривозі та депресії як і при первинних проявах цих розладів без наявності ІХС

Наукова новизна полягає у проведенні системного огляду особливостей застосування методів когнітивно-поведінкової терапії у наданні психотерапевтичної допомоги людям хворим на ішемічну хворобу серця та виявлення ефективності такого втручання задля подальшого визначення клінічної користі.

Структура роботи. Робота складатиметься з трьох розділів. У першому розділі буде розглянуто вплив соматичних, серцево-судинних захворювань на психічне здоров'я людини. У другому описуватимуться методи проведення системного огляду. У третьому розділі буде проведений системний огляд відібраних згідно із критеріями включення та виключення досліджень ефективності та особливостей застосування КПТ при допомозі людям з ІХС.

## **РОЗДІЛ 1. ВПЛИВ ПРОЯВІВ СОМАТИЧНИХ, СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ**

### **1.1. Психологічні особливості сприйняття хвороби**

Сприйняття захворювання – це когнітивна оцінка пацієнта та особисте розуміння стану здоров'я та його потенційних наслідків.[20] Сприйняття хвороби фокусується на тому, як людина переживає і подумки вибудовує життя з хворобою.[21] Це може включати як позитивні, так і негативні переконання про хворобу, які можуть впливати на здатність справлятися з хворобою і сприймати її як керовану або загрозливу.[20]

Розуміння сприйняття пацієнтами свого стану є чудовим способом задля прогнозування поведінки таких пацієнтів, що дає змогу вплинути на процес лікування.

Вважається, що люди активно намагаються зрозуміти симптоми своєї хвороби, і саме природа цього процесу, визначає здатність пацієнта справлятися і емоційно реагувати на загрозу здоров'ю. Цей процес є динамічним, оскільки інформація про хворобу або зміну симптомів може призвести до переоцінки сприйняття людиною своєї хвороби і подальшої зміни моделей пошуку допомоги або емоційної реакції.[16]

Дослідження показали, що уявлення пацієнтів про їх хвороби об'єднуються навколо п'яти основних компонентів. Ці компоненти зазвичай утворюють несуперечливий патерн уявлень про хворобу. Перший з цих компонентів – особисті переконання пацієнтів про те, що викликало їх стан. Причинно-наслідкові переконання часто виявляються після діагностики хвороби, оскільки людина прагне зрозуміти, чому у неї розвинувся цей стан, і вони часто засновані на загальних культурних уявленнях про конкретну хворобу.[17]

Причинно-наслідкові переконання, як правило, також важливі, оскільки вони впливають на тип лікування, якого пацієнти шукають для свого стану і на зміни способу життя до яких пацієнти вдаються, щоб спробувати впоратися зі своєю хворобою. Таким чином психотерапія, як правило, краще

медикаментозного лікування депресії, в той час як медикаментозне лікування вважається більш підходящим для розладів, що мають біологічні причини.[19]

Іншим важливим аспектом сприйняття хвороби є компонент ідентичності, який складається з симптомів, які на думку пацієнта є частиною стану, а також основною характеристикою хвороби. Часто при фізичних розладах пацієнти приписують своєму стану більш широкий спектр симптомів, ніж лікуючий їх медичний персонал. Уявлення про перебіг хвороби складають ще один компонент сприйняття хвороби, і пацієнти зазвичай характеризують своє захворювання як гостре та хронічне. Часто людям важко уявити собі хворобу з хронічним перебігом, яка буде тривати все життя.[19]

Переконання пацієнтів про те, як лікується їх стан, і ефективність доступного лікування складають компонент контролю над лікуванням хвороби. Пацієнти, які мають більш сильні переконання в ефективності лікування і менше стурбовані характером лікування, як правило, краще дотримуються програм лікування та реабілітації. Переконання про компонент контролю над лікуванням можна розділити на уявлення про те, наскільки медикаментозне лікування, може покращити їх стан і як власна поведінка пацієнта може вплинути на перебіг хвороби. Кінцевий компонент сприйняття хвороби називається наслідками і характеризується сприйняттям впливу хвороби на життя пацієнта. Компонент наслідків включає в себе загальні уявлення про вплив хвороби на особисте життя, сім'ю, соціальні відносини і фінанси пацієнта, а також про те, наскільки інвалідизуючою може бути хвороба.[18]

Характеристика сприйняття хвороби пацієнтом також може позначатися як «внутрішня картина хвороби», даний термін був введений у 1935 році радянським вченим Р.А. Лурією. Згідно із цим на сприйняття хвороби впливає в першу чергу кількість та вираженість проявів недугу, так скажімо ангінозні болі, які є основним симптомом стенокардії, можуть суттєво погіршувати сприйняття свого недугу пацієнтом, а відповідно й впливати на його настрій

та емоційний стан. Ще одним фактором впливу на внутрішню картину хвороби слугує надмірна кількість процедурних, лікувальних необхідностей таких як: прийом ліків, часте відвідування лікувальних закладів, лікарів, ймовірні зміни у стосунках і сприйнятті між близькими людьми та колегами по роботі. Також слід звернути увагу на механізм «замкненого кола», згідно із яким порушення, які виникають першочергово на соматичному рівні, в подальшому відображаються на психіці людини, що у свою чергу, з плином часу призводить до погіршення соматичного стану. За таким механізмом в цілому формується картина захворювання.[22]

## **1.2. Вплив ряду найбільш поширених соматичних захворювань та хронічних фізичних станів на психічне здоров'я людини**

Фізичне та психічне здоров'я є тісно пов'язаними, тому вони здатні впливати одне на одного в тих чи інших ситуаціях. Більшість досліджень та наукових джерел розглядає впершу чергу вплив психічного здоров'я на фізичне, однак є й такі, що акцентують увагу на взаємозв'язку фізичного стану із психікою. В більшості випадків мова йде про рідкісні хронічні хвороби, хронічні недуги або захворювання, що мали різкий та гострий прояв. З цього можна зробити висновок, що саме такі три різновиди соматичних захворювань мають найбільший вплив на психічне здоров'я людини.

Хронічні хвороби, такі як рак, хвороби серця або діабет, можуть підвищити ймовірність розвитку психічного захворювання. Поширені почуття смутку або розчарування після перенесеного серцевого нападу, діагностики раку або при спробі впоратися із болем через симптоматику хронічного захворювання. Такі люди стикаються з новими обмеженнями того, що вони могли зробити раніше, і можуть відчувати стрес або стурбованість результатами лікування та майбутнім. Вони відчувають труднощі у адаптації до нової реальності та не завжди можуть впоратися зі змінами та прийняти факт потреби у постійному лікуванні. Через такі зміни у них зростає ймовірність розвитку депресивних та тривожних розладів на тлі соматичного недугу.[23]

### **1.2.1. Діабет**

Діагноз діабету може здаватися не просто загрозою здоров'ю, а також загрозою життю людини. Діабет передбачає внесення часто чималих змін у звичний розпорядок дня, що загалом певним чином корегує життя та світосприйняття людини. Лікар може доручити пацієнту змінити дієту, вживаючи певні види їжі, уникати солодких напоїв або обмежувати споживання алкоголю, що може бути важко для будь-кого, незалежно від діагнозу діабету. Спочатку людині важко запам'ятати такі додаткові обов'язки, як відстеження рівня глюкози та інсуліну в крові, призначення лікарів може призвести до безробіття, а витрати на відповідну допомогу можуть бути обтяжливими. Ці зміни цілком ймовірно є емоційно виснажливими, і людина може почати помічати, що відчуває себе трохи розчарованою, або у неї залишається дуже мало енергії для виконання важливих завдань. Люди, які страждають на цукровий діабет 1 або 2 типу, мають підвищений ризик виникнення депресії, тривоги та розладів харчування. Оскільки частота депресії протягом усього життя у людей хворих на діабет, у 2 рази більша, ніж серед загальної популяції.[24] У жінок з діабетом 1 типу булімія є найпоширенішим розладом харчової поведінки, тоді як жінки з діабетом 2 типу частіше стикаються із запоями.[25]

### **1.2.2. Серцево-судинні захворювання**

Враховуючи, що депресія частіше зустрічається у серцевих хворих, здається, що депресія призводить до ССЗ, як і те, що ССЗ призводить до депресії.[28]

Втричі більше шансів, що людина із серцевими захворюваннями зазнає депресії порівняно з людьми, які не мають проблем із серцем.[30] Депресія також часто виникає після інсульту.[30] Супутні захворювання серця та психічні захворювання сприяють погіршенню стану здоров'я та підвищенню рівня використання медичної допомоги.[31] Аналогічним чином було показано, що психологічний дистрес уповільнює реабілітацію після інсульту та збільшує ризик смерті від інсульту.[32]

Поширеність депресії порівняно із загальною популяцією значно вища у пацієнтів із ІХС. Більше п'ятої частини всіх пацієнтів із ІХС страждають на депресію (при цьому ризик депресії найвищий у найважчих випадках ІХС), і приблизно одна третина з них повідомляє про підвищені симптоми депресії. Кардіотоксичний ефект симптомів депресії постійно спостерігався, незважаючи на постійне вдосконалення серцево-судинних втручань, ліків та догляду. Оскільки, здається існує взаємозв'язок доза-відповідь між симптомами депресії та серцевими явищами у пацієнтів із ІХС, у цих пацієнтів підвищений ризик повторних серцево-судинних подій та смертності.[33]

Прояви тривоги досить часто зустрічаються у пацієнтів із ССЗ і можуть суттєво впливати на здоров'я серця. Тривожні розлади пов'язані з початком та прогресуванням серцевих захворювань, і в багатьох випадках є пов'язаними з несприятливими серцево-судинними наслідками, включаючи смерть. Після діагностики гострого коронарного синдрому (ГКС), 20-30% пацієнтів відчують підвищений рівень тривожності. Хоча тривога після ГКС може бути тимчасовою для деяких пацієнтів, у половині випадків тривога триває до 1 року після події, що свідчить про те, що у багатьох пацієнтів із серцевими захворюваннями тривога є хронічним станом.[34]

Тривога часто зустрічається і у пацієнтів з іншими формами серцевих захворювань, так у 32% пацієнтів із серцевою недостатністю наявний підвищений рівень тривожності, а 13% відповідають критеріям тривожного розладу.[35]

Раптові серцеві події, що супроводжуються різким досвідом лікування, таким як коронарна хірургія, можуть бути потенційно травматичними, що може призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу.[36]

Такі пацієнти можуть бути схильні до повторного переживання (наприклад, згадування серцевого нападу або розряду дефібрилятора, снів про зупинку серця, спогадів про медичні втручання і хірургічні процедури), уникнення (наприклад, уникнення нагадувань про серцеву подію, ситуації в яких частота пульсу збільшується, наприклад фізичне навантаження або

сексуальна активність). Показники поширеності посттравматичного стресового розладу різняться залежно від кардіологічної популяції: 4-24% пацієнтів з гострим коронарним синдромом, приблизно 20% пацієнтів з імплантованими кардіовертерними дефібриляторами, і 19-38% тих, хто страждає зупинкою серця, повідомили про клінічно значущі симптоми посттравматичного стресу.[37]

### **1.2.3. Хронічні респіраторні захворювання**

Люди, які живуть із хронічними респіраторними захворюваннями, відчують значно підвищений рівень тривожності та депресії. Майже троє з чотирьох людей з важкою формою хронічного обструктивного захворювання легень, також відчують тривогу та / або депресію.[39] Супутня проблема психічного здоров'я може призвести до поганих практик самообслуговування, що може посилити симптоми ХОЗЛ та сприяти збільшенню кількості витрат та зниженню якості життя. Люди, які переживають напади астми, мають більшу ймовірність виникнення тривожних та панічних розладів. Вважається, що це пов'язано із загрозою для життя тяжкого нападу астми. Крім того, продемонстровано, що деякі ліки від астми змінюють настрій.[39]

### **1.2.4. Онкологічні захворювання**

Кожен третій з онкологічними захворюваннями стикається з проблемами психічного здоров'я, такими як депресія або тривожні розлади, до, під час або після лікування. Діагноз раку, пов'язані з ним симптоми та лікування можуть мати значний емоційний вплив на людей та їхні сім'ї, впливаючи на страх, ізоляцію, втрату самооцінки та втрату незалежності. Дослідження проведене Mental Health Foundation встановило, що проблеми з психічним здоров'ям часто виникають в самому кінці лікування раку, коли пацієнти зазвичай очікують одужання, маючи недостатньо, або взагалі відсутнє емоційну підтримку.[40]

Депресія призводить до погіршення якості життя і ставить під загрозу результати лікування пацієнта, в тому числі впливає на збільшення показника смертності від раку.[41] Незначна або велика депресія збільшує рівень

смертності до 39% і пацієнти, що виявляють навіть незначну кількість депресивних симптомів, можуть мати 25% підвищений ризик смертності. Вплив настрою та психічного самопочуття на прогресування раку вважається важливим для лікарів та пацієнтів, причому більше 70% онкологів та 85% пацієнтів вважають, що настрій впливає на прогресування раку.[42]

### **1.3. Когнітивно-поведінкова терапія при соматогенних психічних розладах**

Під соматогенними психічними розладами часто розуміють вторинні прояви соматичного недугу, таким чином у пацієнтів хворих на ССЗ може розвинути вторинна тривога чи депресія, яка потребує відповідного втручання задля подолання симптоматики.

Ефективність когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) є науково доведеною для більшості психологічних проблем та психічних розладів. КПТ є найбільш ефективною у подоланні симптомів депресії, а в порівнянні із фармакотерапією, вона дає навіть більш стійкий результат.[48]

КПТ базується на декількох основних принципах, включаючи:

1. Психологічні проблеми часто засновані на хибному та некорисному образі мислення
2. Психологічні проблеми часто базуються на засвоєних моделях ірраціональної поведінки
3. Люди, які зазнають впливу психологічних проблем, можуть навчитися краще справлятися з ними, тим самим знижуючи їх симптоми та стаючи більш ефективними у власному житті.[51]

#### **1.3.1. Когнітивно-поведінкова терапія депресії**

Когнітивна поведінкова терапія була предметом багатьох досліджень у різних контекстах та групах населення. Американська психологічна асоціація (АРА) визнала КПТ ефективним методом лікування депресії та вважає її втручанням першого вибору для пацієнтів з важкою депресією у поєднанні із медикаментозним лікуванням. Для пацієнтів з легкою або середньою



депресією АРА припускає, що когнітивно-поведінкова терапія може бути ефективною як самостійне лікування.[49]

Деякі дослідження вказують на те, що психологічні втручання, які включали стратегії КПТ призвели від незначного до помірного зниження симптомів депресії та до меншої кількості смертей серед пацієнтів із серцевими захворюваннями, які перенесли операцію на серці.[51]

Згідно із DSM-5 для встановлення діагнозу великого депресивного епізоду, повинна бути наявність наступних ознак за критеріями:

А. П'ять (чи більше) наступних симптомів тривають впродовж двотижневого періоду і відображають зміну попереднього функціонування у хоча б одному: (1) пригніченому настрої або (2) втраті інтересу чи задоволення.

1. Пригнічений настрій протягом більшої частини дня, майже кожного дня, як зазначає або сама особа (наприклад відчуття суму, порожнечі, безнадії), або за спостереженнями інших (наприклад, особа виглядає так, ніби готова розплакатися).

2. Помітне зниження інтересу або задоволення загалом чи майже загалом, активності протягом дня, майже кожного дня (як зазначає сама особа чи за спостереженнями інших).

3. Значна втрата ваги тіла без дотримування дієти чи набирання ваги (наприклад, зміна ваги більш, ніж на 5% протягом місяця) або зростання чи зниження апетиту майже кожного дня.

4. Безсоння чи надмірна сонливість майже кожного дня.

5. Психомоторне збудження чи загальмованість майже кожного дня (помітні іншим, а не лише за суб'єктивними відчуттями неспокою чи сповільненості).

6. Втолюваність чи втрата енергії майже кожного дня.

7. Почуття нікчемності або надмірне чи невідповідне почуття провини (яке може бути маячним) майже кожного дня, (а не лише самозвинувачення чи почуття вини через хворобу).

8. Зниження здатності думати чи концентруватися або нерішучість майже кожного дня (за словами самої особи чи зі спостережень інших).

9. Рецидивуючі думки про смерть (не просто страх смерті), повторювані думки про самогубство без конкретного плану, або спроби самогубства, або конкретний план суїциду.

**В.** Симптоми викликають значний дистрес чи порушення функціонування у соціальній, професійній та інших важливих сферах.

**С.** Епізод не пов'язаний з фізіологічним впливом дії речовин чи іншим клінічним станом.

**Д.** Виникнення великого депресивного епізоду не пояснюється шизоафективним розладом, шизофренією, шизофреноформними розладами, маячними розладами чи іншими специфічними або неспецифічними розладами шизофренічного спектру та іншими психотичними розладами.

**Е.** Відсутність епізодів манії чи гіпоманії.[52]

Легкий ступінь: незначна кількість симптомів, інтенсивність яких спричиняє страждання, але дозволяє впоратися з ними і викликає незначні порушення у соціальній чи професійній сфері.

Помірний ступінь: помірна кількість симптомів, інтенсивність яких і/або функціональне порушення знаходиться в діапазоні між «легким» та «важким» ступенями.

Важкий ступінь: кількість симптомів є істотно більшою від необхідної для встановлення діагнозу; інтенсивність симптомів викликає значне страждання і не дозволяє справитися з ними; симптоми значно ускладнюють функціонування у соціальній та професійній сферах.[52]

Когнітивна теорія депресії Бека акцентує увагу на двох основних елементах: когнітивній тріаді і когнітивних спотвореннях. Згідно із когнітивною тріадою, сприйняття пацієнта із депресією передбачає негативне уявлення про себе (наприклад, «я невдаха, я нічого не вартий»), про світ в тому числі про стосунки з іншими людьми та роботу (наприклад, «ніхто не цінує мою роботу, я нікому не потрібний») і про майбутнє, що є когнітивно

пов'язаним із відчуттям безнадії (наприклад, «я ніколи не буду щасливим»).[53]

Когнітивні спотворення є систематичними помилками у сприйнятті та обробці інформації. Люди з депресією схильні бути надмірно переконаними та негнучкими у структуруванні власного досвіду, що призводить до помилок у інтерпретації власної поведінки та суджень про зовнішні ситуації.[54]

Найбільш часті когнітивні викривлення у пацієнтів із депресією були класифіковані Бекком: фокус на негативному, персоналізація провини, хибне узагальнення, довільний умовивід тощо. Такі когнітивні спотворення є результатом дисфункційних правил життя та переконань, які являють собою стійкі моделі, що формувалися протягом всього життя пацієнта із депресією.[55]

Однією із переваг КПТ є те, що пацієнти мають приймати активну участь у лікуванні, таким чином вони навчаються виявляти когнітивні спотворення, розпізнавати негативні автоматичні думки та шукати адаптивні, реалістичні, які більш чітко відображають реальність, шукати докази за та проти як негативних автоматичних думок, так і альтернативних, генерувати більш правдиві, адаптивні думки по відношенню до нових ситуацій, загалом в процесі когнітивної реструктуризації.[56]

Згідно із теорією Левінсона соціальне навчання та рівень позитивного підкріплення є факторами, які сприяють виникненню та підтримці депресивних станів. Ця теорія стверджує, що пацієнти впадають в депресію тому, що вони переживають зниження загального підкріплення, яке вони отримували із зовнішнього світу, як результат зниження позитивного підкріплення та/або надлишку негативних переживань. Тому депресія в КПТ моделі розглядається як замкнене коло, в якому пацієнт поступово відмовляється від діяльності через що відчуває експонентну втрату позитивного підкріплення.[57]

Поведінкові стратегії, що використовуються в КПТ витікають із теоретичної моделі Левінсона та використовуються досить гнучко.

Поведінкові втручання плануються окремо із кожним індивідуальним пацієнтом та розробляються таким чином, аби залучити пацієнта, зменшити вплив симптомів та отримати інформацію, яка буде корисною для подальшої терапії. Поведінкова активація є першочерговою стратегією, яка включає в себе планування та моніторинг діяльності, може бути потужним інструментом для пацієнтів із депресією. Також в такий спосіб пацієнти отримують деяке полегшення від того, що їм слід вирішувати щодня чим займатися, адже завдяки поведінковій активації вся діяльність вже заздалегідь запланована. Більше того, така процедура дає змогу пацієнтам контролювати свій час, розуміти власні зусилля у виконанні запланованих справ та фіксувати істинний, реальний результат.[55]

Депресія сприяє стагнації та песимізму, саме тому пацієнтам буває складно приступити до виконання будь-яких задач, оскільки вони не бачать в них сенсу та не розуміють переваг від виконання певної діяльності. Саме тому методи КПТ, які допомагають ідентифікувати думки та визначити яким чином вони впливають на поведінку та емоції, можуть зіграти надважливу роль у допомозі людям із депресією. Варто зазначити, що ціллю когнітивно-поведінкової терапії є не лише допомога у подоланні симптомів депресії, але й здобуття пацієнтом навичок задля полегшення періоду ремісії та спонукання бути самому собі терапевтом.[54]

### **1.3.2. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів**

В рамках КПТ теорії, люди з тривогою мають певний негативний спосіб сприйняття та інтерпретації реальності, відповідно цілю КПТ у зниженні впливу негативних думок, дисфункційних припущень та переконань на сприйняття. В подальшому, коли когнітивна робота певною мірою виконана, терапія переходить до поведінкової частини, як тої, що дасть змогу кращим чином закріпити зміни когніцій, або ж спростувати (поведінково перевірити) негативні когніції, задля їх зміни на нові та більш адаптивні. Експозиція при тривозі за КПТ є дієвим способом подолання тривоги. Її ідея полягає в тому, що шляхом поступового зіткнення із факторами, котрі викликають тривогу

відбудеться природне пристосування до подразника і тривога врешті піде на спад. Техніки релаксації в КПТ покликані також посприяти виробленню навичків бути самому собі терапевтов та застосовувати такі техніки у ситуаціях, що викликають тривогу, втім дуже важливо, і це також має розуміти терапевт, що такий спосіб боротьби із тривогою може перерости у захистну поведінку.[58]

В когнітивно-поведінковій терапії тривожних розладів методи експозиції та поведінкового експерименту мають ряд відмінностей у застосуванні при соціальній тривозі, ПТСР, панічному розладі, ГТР та специфічних фобіях. При цьому відмінності, як правило, стосуються індивідуальних особливостей впливу, який викликає тривогу для кожного пацієнта. Організація проведення експозиції також відрізняється за способом, для прикладу при ПТСР вона може бути спочатку в імагінативній формі, а при панічному розладі інтероцептивна.[59]

### **Висновки до Розділу 1**

У першому розділі були описані особливості впливу соматичних розладів на психічне здоров'я людини на прикладі взаємозв'язку ряду найбільш розповсюджених соматичних захворювань із психікою. Кожна хвороба впливає на конкретну людину по різному, як фізично, так і психологічно, інтенсивність такого впливу залежить від чималого ряду факторів серед яких, – особисті переконання щодо причин виникнення хвороби, коли людина намагається зрозуміти, що вона зробила не так, кількість симптомів та інтенсивність їхніх проявів, уявлення про перебіг захворювання, уявлення про ефективність лікування, усвідомлення наслідків впливу хвороби на фінансову, сімейну та інші сфери життя. Об'єднуючі ці фактори можна ймовірно припускати наскільки значним буде вплив соматичного захворювання на психологічний стан.

В більшості випадків, незалежно від специфіки захворювання, якщо воно сягає індивідуального порогу вразливості особи, виникають симптоми депресії та тривоги, інколи, як от при хронічних респіраторних

захворюваннях, може виникати панічний розлад, або інколи при серцево-судинних захворюваннях ПТСР.

Як ефективний метод втручання та допомоги таким людям, особливо з огляду на перевагу саме депресії та тривоги, було розглянуто методи та особливості застосування когнітивно-поведінкової терапії, яка є втручанням першого вибору при депресії та доказово ефективною у подоланні симптомів тривожних розладів.

## **РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ КПТ У НАДАННІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ**

### **2.1. Опис методологічних підходів до проведення системного огляду**

Системний огляд – огляд доказів з чітко сформульованого питання, в ході якого використовуються систематичні та явні методи для виявлення, відсіювання та критичної оцінки відповідних первинних досліджень, а також для вилучення та аналізу даних із досліджень, які включені в огляд.[46] Розрізняють кількісний та якісний різновиди системного огляду.

Кількісний системний огляд (мета аналіз) проводить головний чином, інтерпретацію переглянутих даних за допомогою методів статистичної обробки інформації. В ході його проведення, апріорі вважається, що відібрані дослідження згідно із тематикою мета аналізу, мають відсоток помилки, разом з тим вірогідно існує істина, яка є правильною відповіддю на питання, що розглядається, втім вона завжди залишається невідомою. Мета аналіз використовуючи методи статистики дозволяє отримати узагальнену оцінку, яка очікувано повинна відображати найближче положення до невідомої істини.[46]

Якісний системний огляд ставить на меті зрозуміти та інтерпретувати особистий досвід, поведінку, взаємодію та соціальний контекст, щоб пояснити такі явища, як ставлення, переконання та подальші перспективи пацієнтів та клініцистів, характер міжособистісної взаємодії та відносин, досвід хвороби

або вплив людських страждань.[46] Відмінністю якісного системного огляду від кількісного є головним чином відсутність використання методів статистичної обробки, якісний різновид системного огляду акцентує свою увагу на поглибленому розумінні тої чи іншої проблеми шляхом взаємодії із нечисловими даними.[48] Даний системний огляд виконувався із застосуванням якісної моделі дослідження із застосуванням описових методів.

Найбільш поширеними та часто використовуваними стандартами організації на проведення системного огляду є засоби Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). Згідно із ними існує контрольний список із 27 положень для успішної організації системного огляду:

- Початок: (1) зазначити, що проводиться саме системний огляд
- Анотація (2)
- Вступ: (3) описати обґрунтування огляду в контексті існуючих знань. (4) Чітко викласти запитання та цілі щодо яких виконується системний огляд.
- Методи: (5) вказати критерії включення та виключення для огляду та спосіб групування досліджень для синтезу. (6) Вказати усі бази даних, реєстри, веб-сайти, організації, списки посилань та інші джерела, які використовували або із якими консультувалися для ідентифікації досліджень. Вказати дату останньої взаємодії з кожним з них. (7) Представити повні стратегії пошуку для всіх баз даних, реєстрів та веб-сайтів, включаючи будь-які використані фільтри та обмеження. (8) Вказати методи, які використовувалися для визначання відповідності дослідження критеріям включення, в тому числі вказати кількість рецензентів, що перевіряло кожний запис і кожний отриманий звіт. (9) Вказати методи, що використовуються для збору даних зі звітів, включаючи те, скільки рецензентів збирало дані з кожного звіту, чи працювали вони самостійно, будь-які процеси для отримання або підтвердження даних від дослідників дослідження, а також, якщо це

можливо, деталі засобів автоматизації, що використовуються в процесі. (10a) Визначити та перелічити всі дані згідно із якими створювалися запити на інформацію. (10b) Визначити та перелічити всі інші змінні, по яким також створювалися запити на інформацію. Описати будь-які припущення щодо можливої нестачі інформації. (11) Вказати методи, що використовуються для оцінки ризику упередженості у включених дослідженнях, включаючи деталі використовуваного інструменту (інструментів), скільки рецензентів оцінили, чи працювали вони самостійно, і якщо це можливо, зазначити деталі засобів автоматизації, що використовуються в процесі. (12) Вказати для кожного результату показник ефекту (наприклад, коефіцієнт ризику), який використовується для синтезу або представлення результатів. (13a) Описати процеси, які використовувались для вирішення, які дослідження прийнятні для кожного синтезу (наприклад, складання таблиць характеристик втручання у дослідження та порівняння із запланованими групами для кожного синтезу (пункт №5)). (13b) Описати будь-які методи, необхідні для підготовки даних до презентації або синтезу, такі як обробка відсутніх зведених статистичних даних або даних перетворення. (13c) Описати будь-які методи, що використовуються для складання таблиць або візуального відображення результатів окремих досліджень та узагальнень. (13d) Описати будь-які методи, використані для узагальнення результатів та обґрунтувати їх вибір. Якщо проводився мета-аналіз, описати модель, метод для ідентифікації наявності та ступеня статистичної неоднорідності та використаний пакет програмного забезпечення. (13e) Описати будь-які методи, що використовуються для вивчення можливих причин неоднорідності результатів дослідження (наприклад, аналіз підгруп, метарегресія). (13f) Описати аналіз чутливості, проведений для оцінки надійності синтезованих результатів. (14) Описати будь-які методи, що використовуються для оцінки ризику упередженості через відсутність



- результатів у синтезі. (15) Описати будь-які методи, що використовуються для оцінки достовірності (або впевненості) у цілісності доказів результату. (16a) Описати результати пошуку та відбору, від кількості досліджень, виявлених у пошуку, до кількості досліджень, включених до огляду, в ідеалі використовуючи блок-схему. (16b) Зазначити дослідження, які могли здатися такими, що підходять за критеріями включення, але були виключені із огляду, вказати причини.
- (17) Вказати кожне включене дослідження та описати його характеристики. (18) Представити оцінки ризику упередженості для кожного включеного дослідження. (19) Для кожного окремого дослідження представити: (a) зведені статистичні дані, де це є доречним та (b) оцінку ефекту разом з його точністю (наприклад, імовірний інтервал), в ідеалі з використання структурованих таблиць та графіків.
- (20a) Для кожного синтезу коротко підсумувати характеристики та ризик упередженості серед інших дослідницьких робіт. (20b) Представити результати всіх проведених статистичних синтезів. Якщо було зроблено мета-аналіз, представити для кожного підсумкову оцінку та її точність (наприклад, імовірний інтервал), та показники статистичної неоднорідності. Якщо порівнюються групи, описати направленість ефекту. (20c) Представити результати висновків щодо можливих причин неоднорідності результатів досліджень. (20d) Представити результати всіх аналізів чутливості, проведених для оцінки надійності синтезованих результатів. (21) Представити оцінку ризику систематичної помилки через можливу втрату інформації, для кожного синтеза, що оцінюється. (22) Зазначити оцінки достовірності (або впевненості) в цілісності доказів для кожного відібраного дослідження.
- Обговорення: (23a) Надати загальну інтерпретацію результатів у контексті інших досліджень. (23b) Описати будь-яку обмеженість досліджень включених в огляд. (23c) Описати обмеженість процесів

огляду. (23d) Описати значимість та перспективи проведеного огляду щодо майбутніх досліджень.

- Інша інформація: (24a) надати реєстраційну інформацію щодо огляду, включаючи ім'я реєстру та реєстраційний номер, або вказати, що огляд не був зареєстрований. (24b) Зазначити, де саме можна отримати доступ до протоколу дослідження, або ж вказати, що протокол не був підготовлений. (24c) Описати та пояснити будь-які зміни до інформації, наданої при реєстрації або в протоколі. (25) Описати джерела фінансової або нефінансової підтримки для проведення огляду та роль спонсорів. (26) Задекларувати будь-які конкуруючі інтереси авторів досліджень. (27) Вказати загальнодоступні інструменти та засоби використані в огляді.

## **2.2.Опис та характеристика організації проведення дослідження**

Даний системний огляд налічував цілий ряд етапів.

**Формулювання теми огляду.** Автора системного огляду цікавили психологічні особливості допомоги людям, що мають ССЗ, втім з огляду на занадто широкий фокус уваги, формулювання теми відійшло спочатку в бік артеріальної гіпотензії, а згодом остаточно до ішемічної хвороби серця. Такий вибір був зумовлений великою поширеністю саме ІХС, в тому числі серед причин високої смертності.

Когнітивно-поведнікова терапія як метод втручання була обрана через її обґрунтованість та доказовість у лікуванні депресії та тривоги, які є основними супутниками людей, що мають ІХС. Цілі дослідження полягали: у виокремленні критерії включення та виключення досліджень, визначені особливостей надання психотерапевтичної допомоги методом КПТ людям з ІХС, визначені ефективності такої допомоги за впливом на симптоми супутніх психічних розладів (тривога, депресія, ПТСР), підбитті висновків щодо такої психотерапевтичної допомоги та описанні подальших перспектив дослідження.

**Критерії включення:**

1. Учасники: люди з ІХС; Люди старше 18 років; Будь-якої статі, національної приналежності.
2. Часові рамки: дослідження опубліковані впродовж останніх 7 років (з 2014).
3. Різновиди ІХС: за МКХ-10 I20 Стенокардія, I21 Гострий інфаркт міокарда, I22 Інфаркт міокарда із підйомом сегменту ST (STEMI) та із відсутністю підйому (NSTEMI), I23 Деякі ускладнення після інфаркту міокарда (підвищення рівня ST) (STEMI) та не підняття ST (NSTEMI) (протягом 28 днів), I25 Хронічна ішемічна хвороба серця.
4. Психотерапевтична допомога: індивідуальна КПТ, групова КПТ, моделі та втручання третьої хвили КПТ.
5. Ключові слова: group therapy, cognitive-behavioral, coronary heart disease, ischemic heart disease, angina pectoris, myocardial infarction, ischemia, acute myocardial infarction, coronary artery disease, atherosclerotic cardiovascular disease, cognitive behavioral therapy, individual cognitive behavioral therapy, coronary stenting.

**Критерії виключення:**

1. Різновиди ІХС: за МКХ-10 I24 Інші гострі ішемічні захворювання серця.
2. Хвороби системи кровообігу: за МКХ-10 I00-I02, I05-I09, I10-I16, I26-I28, I30-I52, I60-I69, I70-I79, I80-I89, I95-I99.
3. Учасники, які не досягли 18 річного віку.
4. Дизайн: мета-аналіз, системний огляд.

**Пошук досліджень по темі.** Пошук відбувався за ключовими словами в системах NCBI, PubMed, PubMed Central, Researchgate, Cochrane. В ході пошуку було знайдено 35 досліджень з яких в подальшому через відбір на відповідність критеріям включення та виключення було залишено 6 досліджень.

**Аналіз відібраних досліджень.** В ході роботи зверталася увага на гіпотези, перевірку яких переслідували дослідники, якщо такі гіпотези були описані. Аналізувався метод підбору учасників, їх демографічні

характеристики, вік, стать, освіта, наявність психічних розладів в анамнезі. Хід кожного дослідження цікавив в першу чергу тим, які методики скринінгу та діагностики були використані, яким чином надавалося втручання, в деяких дослідженнях віддавалася перевага дистанційному втручання шляхом телемедицини та використанню Інтернету.

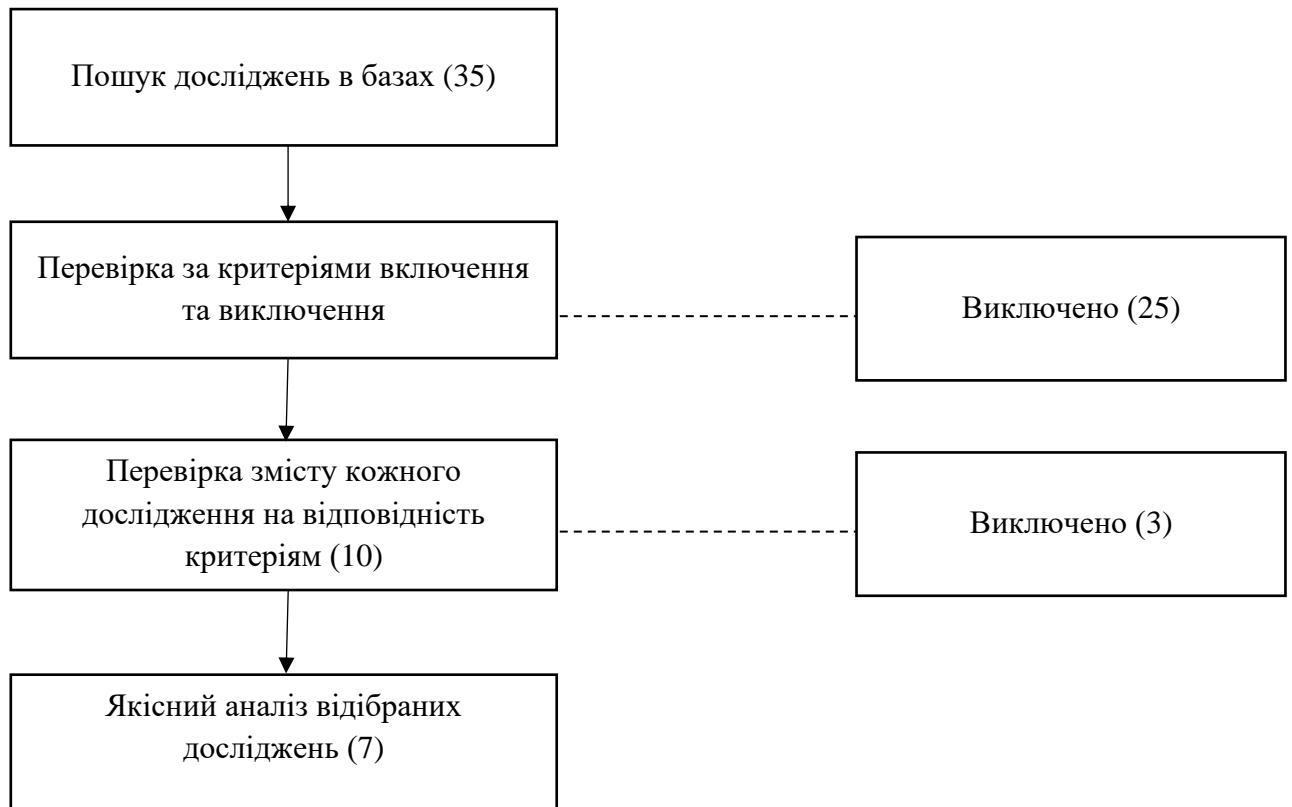


Рис.1 Модель дослідження

Зверталася увага на статус, досвід та професійні навички спеціалістів, які надавали втручання, окрім цього чималий інтерес викликало саме планування втручання, яке в більшості випадків починалося із психоедукації, але завжди по різному продовжувалось.

Висновки та результати дослідження та накладання на них методів попередньої реалізації проведеного дослідження слугували тим, що давало змогу краще зрозуміти можливий причинно-наслідковий зв'язок конкретного отриманого результату із процедурою проведення, таким чином виникали нові гіпотези, щодо ймовірно допущених помилок.

## Висновки до Розділу 2

У другому розділі були розглянуті методи та особливості проведення даного системного огляду. Описано критерії включення та виключення, представлено модель дослідження, наведено контрольний список із 27 положень щодо організації та проведення системного огляду згідно із стандартами PRISMA.

Системний огляд надає змогу провести якісний або кількісний аналіз досліджень на обрану тему, що у свою чергу дозволяє знайти відповіді на сформувані гіпотези та визначити подальші перспективи розгляду того чи іншого питання.

Якісний системний огляд акцентує свою увагу в більшій мірі на описових методах аналізу інформації, та не потребує в рамках свого проведення статистичних методів обробки даних. Він ставить на меті зрозуміти та інтерпретувати індивідуальний досвід, особливості поведінки, соціальної взаємодії та контекст відносин задля того аби пояснити причини певних явищ та подальші перспективи досліджуваних та клініцистів.

## РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ ВІДБРАНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

### 3.1. Результати аналізу досліджень

**1. Ефективність когнітивно-поведінкової групової терапії щодо покращення якості життя пацієнтів з ішемічною хворобою серця (*Effectiveness of behavioral-cognitive group therapy on improvement of quality of life of patients with coronary heart disease*)[60]**

**Рік публікації:** 2015

**Автори:** M. Talebi Amri, M. Bahraminasab, E. Samkhaniyan, F. Moini, Z. Kazemi Khobane

**Мета:** дослідити ефективність когнітивно-поведінкової групової терапії щодо якості життя хворих на ішемічну хворобу серця.

**Метод дослідження:** квазіекспериментальне дослідження.

**Учасники:** популяція складалася з усіх пацієнтів з підтвердженим діагнозом ішемічної хвороби серця, які звернулися лікарню Shahid Rajaee Health в Тегерані з грудня по березень 2015 року. Вік учасників коливався від 20 до 45 років. Окрім наявності діагностованої ІХС, до критерії відбору учасників належали: позитивний відклик і згода на участь в дослідженні, можливість приймати участь в групових сесіях і співпрацювати у виконанні завдань, готовність проходити опитувальники, фізична та психологічна стабільність. В загальному було відібрано 40 людей, яких порівну поділили на контрольну і експериментальну групу КПТ.

**Хід дослідження:** експериментальна група тренувалася протягом восьми сеансів когнітивно-поведінкової групової терапії, а контрольна група не отримувала втручання.

Номер сесії	Особливості втручання
1	Знайомство з правилами групової роботи, психоедукація щодо симптомів депресії, тривоги та роз'яснення їхнього впливу на фізичний стан.
2	Розпізнавання автоматичних негативних думок, тестування думок.
3	Тренінг для подолання когнітивних спотворень.
4	Продовження формування навичок розпізнавання фільтрів.
5	Тренування навичок переведення фокусу уваги та дистанціювання.
6	Робота з регуляцією злості.
7	Техніки релаксації.
8	Короткий огляд сесій та надання зворотного зв'язку один одному.

Таб.1 Структура сесій групової КПТ

Згодом, обидві групи пройшли тестування за опитувальником MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life Questionnaire та заповнили демографічну анкету за характеристиками: стать, вік, сімейний стан та освіта.

**Результати:** за отриманою оцінкою змінних по двом групам досліджуваних проводилося формування значень за трьома категоріями: фізичного, емоційного та соціального рівня функціонування. Як і зазначалось, оцінювання здійснювалося шляхом заповнення попереднього тесту і посттесту. За категорією фізичного функціонування експериментальна група показала середнє значення в 34,55 бала за даними попереднього тесту із стандартним відхиленням 7,65 і значення 50,95 за проходження посттесту із відхиленням в 6,90. За цією ж категорією контрольну група показала за попереднім тестом 39,05 балів, стандартне відхилення 3,28 та 39,65 балів у посттесті з відхиленням у 3,10.

За категорією емоційного функціонування експериментальна група в середньому набрала 44,05 бала із стандартним відхиленням в 7,16 за даними попереднього теста і 68,65 балів із відхиленням 10,83 у посттесті. Контрольна група показала за цією категорією 47,80 балів за попереднім тестом із відхиленням 7,17 і 48,40 балів із відхиленням 6,99 у посттесті.

Останньою категорією оцінювання за опитувальником MacNew є соціальне функціонування. Експериментальна КІТ група показала 38,75 балів із відхиленням 4,42 у попередньому тесті і 63,50 із відхиленням 7,48 у посттесті, тоді як контрольна група продемонструвала 38,25 за відхилення 4,44 у попередньому тесті та 38,50 із відхиленням 4,49 у посттесті.

Достовірність отриманих даних була перевірена за допомогою коваріційного аналізу (ANACOVA) та теста Левене, який показав однорідність дисперсій, тобто відмінності двох груп були рівними одне одному і не існувало суттєвої різниці. Нульова гіпотеза була підтвердженою. Результати багатоваріантної ANACOVA показали, що тренінг когнітивно-поведінкової групової терапії призводить до поліпшення фізичного, емоційного та

соціального функціонування у випадках з пацієнтів з ішемічною хворобою серця.

**2. Сумні та стурбовані серця: психологічне лікування клінічно значимої депресії, тривоги та посттравматичного стресу у пацієнтів з серцевою хворобою (*Sad and Worried Hearts: A Psychological Treatment for Clinically Significant Depression, Anxiety, and Post-traumatic Stress in Patients with Cardiac Disease*)[61]**

**Рік публікації:** 2015

**Автори:** Paul S. Greenman, Jonathan Jetté, Isabelle Green-Demers, Jean Grenier.

**Мета:** розробити клінічне втручання адаптоване під особливі потреби пацієнтів із серцевими захворюваннями, провести попередні випробування ефективності такого втручання, висвітлити конкретні елементи протоколу лікування, який має мати позитивний вплив на симптоми клінічно значимої депресії та тривоги у пацієнтів із серцевими захворюваннями.

**Очікування:** пацієнти із серцевими захворюваннями, що мають симптоми депресії, тривоги або / та посттравматичного стресу будуть демонструвати значне зменшення симптомів.

**Метод дослідження:** нерандомізоване клінічне дослідження.

**Учасники:** набирали з числа пацієнтів котрих направили за отриманням психологічної допомоги після перенесеного серцевого захворювання до Diabetes and Cardiac Rehabilitation Clinic (DCRC) розташовану в госпіталі Монфорт, Оттава, провінція Онтаріо, Канада. Всі учасники, які погодилися на участь у дослідженні пройшли першочерговий відбір у вигляді інтерв'ю із психологом та заповнили шкалу госпітальної тривоги та депресії (HADS). Вік учасників складав від 35 до 85 років, жоден з них в анамнезі не мав психічних розладів, але продемонстрував клінічно значимі прояви тривоги та депресії підчас відбору та заповнення шкали HADS. Участь прийняло n=15 чоловіків та n=12 жінок, яким було запропоновано 20 сеансів когнітивно-поведінкової терапії.



**Хід дослідження:** кожен із пацієнтів мав заповнити набір анкет на першу, четверту, восьму, дванадцяту, шістнадцяту та двадцяту терапевтичну зустріч. З огляду на те, що більшість учасників (n=18) були носіями французької мови, для них надавали затверджені версії опитувальників на французькій мові, тоді як всім іншим (n=9) пропонували версії на англійській мові. Для отримання результатів використовували: Impact of Event Scale - Revised (IES-R), – опитувальник на 22 запитання для виявлення ознак посттравматичного стресу, опитувальник депресії Бека версії для швидкого скринінгу для пацієнтів медичних закладів (BDI-FS), опитувальник тривоги Бека (BAI) та шкалу госпітальної тривоги та депресії (HADS).

**Результати:** з 27 пацієнтів, які розпочали дослідження, 9 завершили всі двадцять сесій, 12 завершили шістнадцять сесій і 15 завершили щонайменше 12 сеансів КПТ. Більшість пацієнтів, які закінчили достроково, зробили це тому, що як вони повідомили на сесії, їхні терапевтичні цілі були досягнуті. Перші клінічно значимі зміни були помічені за результатами шкали HADS між першою та дванадцятою сесією ( $\chi^2(1)=15,00$ ;  $p<.001$ ). Розміри ефекту були в малому ( $d = ,43$  для IES-R), середньому ( $d = ,67$  для BDI,  $d = ,65$  для HADS субшкали депресії), і великому ( $d = ,97$  для субшкали тривоги HADS,  $d = 1,19$  для діапазону BAI) діапазонах. Тому були проведені парні t-тести для порівняння базових показників учасників (T1) за всіма використаними опитувальниками та їх балів після 12-го (T4; n = 15), 16-го (T5; n = 12) та 20-го (T6) сеансів (n = 9).

<b>Опитувальник</b>	<b>Сесія</b>	<b>Значення</b>	<b>SD</b>	<b>t</b>	<b>df</b>	<b>p</b>
IES-R	T1	33,70	21,90			
	T4	13,73	15,20	4,45	14	0,001
	T5	15,50	16,65	3,14	12	0,009
	T6	14,44	19,87	3,62	9	0,007
	Фінальна	10,13	15,50	4,81	14	0,000
<b>Опитувальник</b>	<b>Сесія</b>	<b>Значення</b>	<b>SD</b>	<b>t</b>	<b>df</b>	<b>p</b>

BDI-FS	T1	5,87	4,14			
	T4	3,07	2,99	2,61	14	0,021
	T5	3,83	3,95	2,02	12	0,068
	T6	3,67	4,21	1,14	9	0,280
	Фінальна	2,60	3,00	3,62	14	0,003
BAI	T1	16,80	12,60			
	T4	8,73	6,90	4,32	14	0,001
	T5	11,50	11,71	1,93	12	0,080
	T6	11,11	13,47	2,48	9	0,038
	Фінальна	7,93	9,84	5,29	14	0,000
HADS Тривога	T1	8,74	4,53			
	T4	6,80	4,92	1,94	14	0,072
	T5	7,17	4,75	1,72	11	0,113
	T6	7,33	5,24	1,49	8	0,175
	Фінальна	4,64	3,43	4,44	14	0,001
HADS Депресія	T1	7,26	4,29			
	T4	4,67	3,27	3,05	14	0,009
	T5	5,67	3,80	2,66	11	0,022
	T6	5,22	3,87	2,56	8	0,034
	Фінальна	4,40	3,25	5,26	14	0,000

Таб.2 Описова статистика і результати t-тесту для показників на кожному етапі порівняння

В таблиці 1 порівнювався результат Т1 з Т4, Т5, Т6 та фінальною сесією. Була виявлена значна різниця в середніх показниках пацієнтів за опитувальником депресії Бека версії для швидкого скринінгу для пацієнтів медичних закладів (BDI-FS) між 1 та 12 сеансом КПТ ( $t(14)=2.61$ ,  $p=.02$ ) і між 1 та фінальним сеансом ( $t(14)=3.62$ ,  $p=.003$ ). За субшкалою депресії HADS між 1 та 12 сеансом за середнім показником 12 ( $t(14)=3.05$ ,  $p=.009$ ), між 1 і 16 сеансом ( $t(11)=2.66$ ,  $p=.022$ ), між 1 і 20 ( $t(8)=2.56$ ,  $p=.034$ ) та між 1 і фінальним

сеансом в цілому ( $t(14) = 5.26, p < .001$ ). Разом ці результати щодо впливу на симптоми депресії підтвердили гіпотезу про те, що КПТ втручання дасть змогу знизити прояв такої симптоматики.

Що стосується симптомів тривоги, було виявлено значні відмінності в середніх значеннях результатів пацієнтів за опитувальником тривоги Бека (BAI) між сеансами 1 і 12 ( $t(14)=4.32, p=.001$ ), 1 і 20 ( $t(9)=2.48, p=.038$ ), а також між першою та останньою сесією в цілому ( $t(14)=5.29, p<.001$ ). За субшкалою тривоги HADS між 1 та фінальним сеансом ( $t(14)=4.44, p=.001$ ). Тому за результатами цих двох опитувальників орієнтованих на збір показників тривоги, можна дійти висновку, що тривога дійсно знизилась завдяки сесіям когнітивно-поведінкової терапії.

Ще одним напрямком даного дослідження були результати щодо проявів посттравматичного стресу. Згідно із таблицею 1, середні показники пацієнтів за опитувальником Impact of Event Scale - Revised (IES-R) мали значні відмінності між результатами 1 і 12 сесії ( $t(14)=4.45, p=.001$ ), 1 і 16 ( $t(12)=3.14, p=.009$ ), 1 і 20 ( $t(9)=3.62, p=.007$ ), як і між 1 та в цілому фінальною сесією ( $t(14)=4.81, p<.001$ ). За цими результатами стає зрозуміло, що прояви посттравматичного стресу також були зменшеними.

***3. Інтернет когнітивно-поведінкова терапія симптомів депресії та тривожності серед пацієнтів з нещодавнім інфарктом міокарда: рандомізоване контрольоване дослідження U-CARE (Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Symptoms of Depression and Anxiety Among Patients With a Recent Myocardial Infarction: The U-CARE Heart Randomized Controlled Trial)[62]***

**Рік публікації:** 2018

**Автори:** Fredrika Norlund, Emma Wallin, Erik Martin Gustaf Olsson, John Wallert, Gunilla Burell, Louise von Essen, Claes Held

**Мета:** оцінка ефективності терапевта іCBT порівняно із звичайним доглядом у пацієнтів з нещодавно перенесеним ІМ та супутніми симптомами депресії та тривоги.

**Метод дослідження:** рандомізоване контрольоване дослідження.

**Учасники:** задля проходження за критеріями відбору, пацієнтам було необхідно: (1) бути молодшими 75 років, (2) мати анамнез недавнього інфаркту міокарда менш ніж за 3 місяці до цього, і (3) мати бал  $> 7$  щодо депресії або тривоги за опитувальником госпітальної тривоги та депресії (HADS).

Потенційні учасники були виключені, якщо вони: (1) мали заплановане проведення операції шунтування коронарних артерій, (2) не могли користуватися комп'ютером, Інтернетом, електронною поштою чи мобільним телефоном, (3) не вміли читати шведською мовою, (4) мали прогнозовану тривалість життя менше 1 року (5) прогнозовано демонстрували погану відповідність (наприклад, зловживання наркотичними речовинами або неявка по візиту до медсестри кардіологічного відділення), (6) повідомляли про важку депресію або суїцидальні наміри за Montgomery–Asberg Depression Rating Scale короткої форми (MADRS-S) (загальний бал  $> 34$  або за 9 пунктом  $> 3$ ) та (7) вже приймали участь у іншому дослідженні щодо поведінкового втручання. Пацієнтів ( $n = 239$ ) було набрано з 25 кардіологічних клінік Швеції з вересня 2013 року по грудень 2016 року. Вимірювання результатів збирали на початку (6-10 тижнів після ІМ) та під час подальшого спостереження (14 тижнів після початку процедури дослідження).

До експериментальної групи було включено  $n=117$  учасників, тоді як до контрольної  $n=122$  учасника. У середньому пацієнти були віком 59,6 років (SD 8,49), 33,5% (80/239) - жінки, 41,8% (100/239) мали університетський рівень освіти, 60,3% (144/239) були працевлаштовані та 18,0% (43/239) приймали антидепресанти та / або анксиолітичні препарати в обох групах.

**Хід дослідження:** лікування полягало в 14-тижневому КПТ втручанні під керівництвом терапевта, здійсненому через захищений Інтернет-портал (U-CARE). Лікування проводилось ліцензованими психологами в процесі консультацій з пацієнтами з депресією та тривогою в анамнезі після ІМ. Лікування включало 11 модулів з різною тематикою, адаптованих для

пацієнтів з ІМ. Модуль введення був обов'язковим, і після цього пацієнти мали змогу вибрати, з якими модулями працювати. Кожен модуль містив від 2 до 4 кроків лікування, кожен з яких включав психоедукаційні матеріали у форматі PDF та від 1 до 2 домашніх завдань. Пацієнтам рекомендували працювати з 1 кроком на тиждень протягом періоду лікування. Домашні завдання складались із самоконтролю, навчання навичок та участі у вправах, заснованих на техніках КПТ. Модулі вважались завершеними, коли всі домашні завдання в рамках модуля надсилалися терапевту для зворотного зв'язку. Крім того, лікування включало бібліотеку з додатковими матеріалами та відеозаписами інтерв'ю, проведених з пацієнтами після ІМ, щодо подолання загальних психологічних реакцій після ІМ. Пацієнти також мали доступ до дискусійної дошки, де вони могли спілкуватися з іншими пацієнтами, рандомізованими до групи лікування. Загальний бал HADS (HADS-T) був основним показником результатів симптомів депресії та тривожності, що складається з 14 пунктів, розподілених порівну на 2 субшкали: тривожність (HADS-A) та депресії (HADS-D). HADS є надійним та достовірним виміром тяжкості симптомів і може виявити випадки депресії та тривожності у різних груп населення

Кожному пацієнту було призначено 1 із 3 доступних терапевтів, кожен з яких був ліцензованим психологом, що спеціалізується на КПТ. Кожен терапевт надавав відгук про домашні завдання через портал. Метою зворотного зв'язку було висловити емпатію, заохотити роботу з лікуванням та посилити лікувальну діяльність, що як виявилось, корелювало з прихильністю та результатом. Пацієнти могли зв'язатися зі своїм терапевтом у будь-який час, шляхом асинхронної переписки, отримавши відповіді терапевта протягом 48 годин. До пацієнтів, які були неактивними більше 1 тижня, терапевт телефонував по телефону, надсилаючи SMS-нагадування, якщо йому не вдалося зв'язатися по телефону. Під час телефонних дзвінків використовувались методи мотиваційного інтерв'ю для вирішення будь-яких виявлених бар'єрів щодо бездіяльності лікування. Іноді телефонні дзвінки

включали пояснення щодо змісту модуля лікування; однак дзвінки не були терапевтичними і спрямованими на безпосередню роботу з матеріалом. Тривалість телефонного дзвінка становила від 5 до 30 хв. Крім того, технічна підтримка, яку надавали науково-дослідні працівники, була доступна по телефону та електронною поштою.

Що стосується контрольної групи, то пацієнтів лікувала місцева система охорони здоров'я відповідно до міжнародних рекомендацій, незалежно від розподілу лікування. Стандартне лікування, як правило, включає вторинні профілактичні втручання (наприклад, інформацію про фактори ризику та зміни способу життя), серцево-реабілітаційні заходи (наприклад, фізичні вправи) та психосоціальну підтримку (наприклад, консультування за наявності).

<b>Модуль</b>	<b>Психоедукація</b>	<b>Приклади домашніх завдань</b>
Вступ	КПТ модель, поширені емоційні реакції після ІМ	Визначення особистих проблем та цілей
Подолання тривоги	Тривога та що на неї впливає	Вплив на тривогу з попередженням реакції
Страх і уникнення	Принципи захисту від страху та розчарувань, пояснення покрокової експозиції	Поступовий вплив в ситуаціях, пов'язаних з серцевими або іншими страхами
Поведінкова активація	Підтримуючі цикли депресії, про поведінкову активацію	Самоконтроль настрою і повсякденної активності, планування щоденних справ
Техніка вирішення проблем	Базові навички	Застосування навичок вирішення проблем

Комунікативні навички	Базові комунікативні навички та навички зміцнення відносин	Застосування навичок спілкування та зміцнення відносин
Техніки релаксації	Протокол прикладної релаксації	Практика релаксації
Керування НАДми	Когнітивна реструктуризація	Самоконтроль думок і застосування тестування НАДів
Проблема безсоння	Гігієна сну, контроль подразників і обмеження сну	Самоконтроль сну та обмеження сну
Життєві цінності	Особисті цінності та якість життя	Формулювання особистих цінностей та складання плану дій у відповідності з ними
Профілактика рецидивів	Профілактика рецидивів депресії і тривоги	Визначення особистих превентивні стратегії

Таб.3 Опис КПТ через портал U-CARE в Інтернеті

**Результати:** не було різниці в оцінках HADS-T на вихідному рівні між іCBT та контрольною групою ( $t_{237}=0.56$ ,  $P=.85$ ). З часом спостерігалось загальне зниження HADS-T у загальній вибірці дослідження (середня дельта= $-5.1$ ;  $t_{237}=12.92$ ,  $P<.001$ ).

Основний аналіз не показав впливу лікування на HADS-T під час спостереження (бета= $-0.47$ , 95% CI  $-1.95$  до  $1.00$ ,  $P=.53$ ). Більше того, основний аналіз показав, що чоловіки отримували нижчі показники по HADS-T порівняно з жінками під час спостереження (бета= $-2.04$ , 95% CI  $-3.60$  до  $-0.47$ ],  $P=.01$ ), і спостерігалось значне зниження на межі у HADS-T на одиницю збільшення віку (бета= $-0.08$ , 95% CI  $-0.16$  до  $0.01$ ,  $P=.09$ ) під час спостереження. Не було кореляції між лікуванням та статтю, або лікуванням

та віком на HADS-T (P для обох > 0,19). Подібно до основного аналізу, окремі дослідницькі аналізи не показали жодного ефекту лікування ні на субшкалах HADS-A, ні на HADS-D.

**4. Порівняння ефекту EMDR та когнітивно-поведінкової терапії при тривозі у хворих на міокард інфаркт (Comparison of the effect of eye movement desensitization reprocessing and cognitive behavioral therapy on anxiety in patients with myocardial infarction)[63]**

**Рік публікації:** 2017

**Автори:** R. Zeighami, M. Behnammoghadamb, M. Moradi, S. Bashti.

**Мета:** порівняти вплив КПТ та EMDR на рівень тривожності у людей, що пережили інфаркт міокарда.

**Метод дослідження:** рандомізоване контрольоване дослідження.

**Учасники:** для участі у дослідженні було відібрано 90 пацієнтів, які були госпіталізовані до клініки Imam Sajjad Hospital of Yasuj в Ірані з діагнозом інфаркту міокарда. Розподіл по трьом групам (двом експериментальним і одній контрольній) відбувався через метод зручної вибірки. Учасникам пояснили цілі дослідження та повідомили про число занять. Всі учасники заповнили згоду на участь, анкету з демографічними даними та опитувальник тривоги Бека (Beck Anxiety Inventory – BAI). Вік пацієнтів становив від 33 до 60 років. Середній вік 47,62 (SD=8,93). Критеріями включення були: (1) наявність діагностованого ІМ, (2) пацієнти, які перенесли ІМ більше одного разу та подолали гостру стадію хвороби, (3) пацієнти без обширного ІМ, (4) пацієнти зі стабільним гемодинамічним статусом, (5) пацієнти без судом в анамнезі, (6) пацієнти без психічних розладів в анамнезі, (7) пацієнти, які не страждають від наркоманії, (8) пацієнти молодше 60 років, (9) пацієнти без косоокості та / або проблем із зором. Критеріями виключення були: (1) пацієнти, яким не підходив метод EMDR, (2) відсутність бажання співпрацювати із терапевтом.

**Хід дослідження:** група EMDR відвідувала вісім 45-90-хвилинних сеансів, два рази на тиждень, у тихій кімнаті в лікарні відповідно до існуючого



протоколу. Друга група також двічі на тиждень відвідувала десять 90-хвилинних сесій КПТ, а їхні дані, пов'язані з тривогою, нараховувались до і після втручання. Рівень тривожності третьої, тобто контрольної групи вимірювали під час першої та останньої сесій. Вони просто отримували призначені ліки (Оксазепам 10 мг) о 22:00 щоночі, без додаткового втручання дослідників.

**Результати:** використовуючи дисперсійний аналіз (ANOVA) та тест Тьюкі (Tukey's HSD (honestly significant difference) test), було виявлено, що статистично значущої різниці середніх показників тривожності до втручання між трьома групами не існує ( $P > 0,05$ ). Втім аналіз даних за допомогою того ж тесту Тьюкі продемонстрував значну різницю в середніх показниках тривожності між контрольною та EMDR групами після втручання ( $P < 0,001$ ).

Крім того, результати показали значну різницю в середніх показниках тривожності між контрольною та КПТ групою після втручання ( $P < 0,001$ ), а також між групами EMDR та КПТ ( $P < 0,001$ ). Порівняння середніх відмінностей тривожності у трьох групах після втручання за допомогою дисперсійного аналізу ANOVA показали статистично суттєву різницю ( $P < 0,001$ ). Порівняння впливу ефекту EMDR та КПТ показало, що EMDR знижує середнє значення тривожність більшою мірою порівняно з КПТ ( $P < 0,001$ ).

Групи		Середня абсолютна різниця (MD)	Стандартне відхилення (SD)	Значимість ( $p$ )
Контрольна	КПТ	-1,66	2,17	0,725
	EMDR	-2,93	2,17	0,372
EMDR	Контрольна	2,93	2,17	0,372
	КПТ	1,26	2,17	0,830
КПТ	Контрольна	1,66	2,17	0,725
	EMDR	-1,26	2,17	0,830

Таб.4 Порівняння значень тривоги серед трьох груп перед втручанням

Групи		Середня абсолютна різниця (MD)	Стандартне відхилення (SD)	Значимість (p)
Контрольна	КПТ	-13,16	2,14	0,001
	EMDR	-9,13	2,14	0,001
EMDR	Контрольна	9,13	2,14	0,001
	КПТ	5,39	2,14	0,001
КПТ	Контрольна	13,16	2,14	0,001
	EMDR	-5,39	2,14	0,001

Таб.5 Порівняння значень тривоги серед трьох груп після втручання

**5. Клінічні предиктори результатів лікування депресії у пацієнтів з ішемічною хворобою серця (Clinical predictors of depression treatment outcomes in patients with coronary heart disease)[64]**

**Рік публікації:** 2016

**Автори:** Robert M. Carney, Kenneth E. Freedland, Brian C. Steinmeyer, Eugene H. Rubin, Michael W. Rich.

**Мета:** дослідити чи впливає початкова важкість депресії, супутні симптоми тривоги, медичні госпіталізації та стресові життєві події на погане сприйняття лікування тяжкої форми депресії у пацієнтів зі стабільною ішемічною хворобою серця.

**Метод дослідження:** нерандомізоване клінічне дослідження.

**Учасники:** пацієнтів набирали з травня 2009 року по серпень 2013 року в кардіологічних кабінетах та діагностичних лабораторіях при Washington University School of Medicine and Barnes-Jewish Hospital of St. Louis

На включення в дослідження підходили пацієнти з діагностованою ІХС, задокументованою коронарною ангіографією, котрі перенесли коронарну реваскуляризацію або були госпіталізації з приводу ГКС та заповнили анкету здоров'я пацієнтів (PHQ-9). Пацієнти, яких не виключили і хто виявив

позитивний результат на депресію за PHQ-9 (загальний бал  $\geq 10$ ) були направлені для структурованого діагностичного опитування.

Пацієнти були виключені з дослідження, якщо вони відмовились брати участь або якщо їх лікар не схвалив участі у дослідженні, або якщо вони мали значні когнітивні порушення, психотичні особливості, супутній психіатричний розлад (окрім тривожного розладу), високий ризик самогубства, схильність до зловживання речовинами, госпіталізацію з приводу ГКС або перенесену операцію з шунтування коронарних артерій протягом попередніх двох місяців, злоякісні пухлини або інвалідність, які могли б вплинути на дотримання вимог протоколу дослідження. Пацієнти, які приймали терапевтичну дозу схваленого FDA антидепресанту СИЗС принаймні протягом 30 днів, мали право брати участь, доки всі інші критерії прийнятності були дотримані.

**Хід дослідження:** для діагностики використовували шкалу оцінки депресії Гамільтона (Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D)), опитувальник депресії Бека (Beck Depression Inventory-II (BDI-II)), опитувальник тривоги Бека (Beck Depression Anxiety Inventory (BAI)), опитувальник стресових подій (Stressful life events questionnaire (SLEQ)).

Учасники отримали до 12 сеансів КПТ протягом чотирьох місяців. Тим, хто вже приймав терапевтичну дозу СИЗС щонайменше за чотири тижні до зарахування мали змогу проходити КПТ і продовжувати приймати антидепресант для лікування протягом 16 тижнів дослідження. Пацієнти, які не приймали антидепресант при зарахуванні спочатку отримували лише КПТ. Однак, якщо їх BDI-II оцінка не покращувалась на 30% і більше до 5-го тижня лікування КПТ або до 50% і більше до 8-го тижня їм було призначено 50 мг сертраліну до кінця 16-тижневого періоду лікування. Таким чином, учасники отримували до двох визнаних методів лікування депресії протягом чотирьох місяців. Індивідуальні КПТ надавались щотижневими 50-60-хвилинними сесіями одним з двох терапевтів, психіатричним соціальним працівником та

магістром психологом-консультантом, як з широкою підготовкою, так і з досвідом роботи в КПТ при депресії з пацієнтами із ІХС.

**Результати:** 571 пацієнт із підтвердженою ІХС був перевірений на відповідність вимогам з них було відібрано 157 пацієнтів (27%), що мали важку депресію. З усіх зареєстрованих учасників 126 (80%) виконали всі вимоги дослідження включаючи рекомендовану кількість сеансів КПТ. Базова оцінка BDI-II для загальної вибірки на початку втручання становила 30,2 (SD=8,5), а приписаний середній бал після лікування становив 8,5 (SD=7,8). Таким чином 52% пацієнтів досягли ремісії депресії (HAM-D  $\leq$  7) до кінця лікування. Сімдесят сім (49%) учасників приймали антидепресант при зарахуванні, і 24 (15,3%) почали отримували антидепресант під час втручання. Режим прийому ліків був стабільними в більшості випадків під час втручання; 96% учасників отримували однакові ліки протягом усього дослідження.

Частота та тяжкість стресових життєвих подій, що виникали у пацієнтів протягом 12 місяців до початку дослідження, не передбачала подальшого збільшення показників депресії ( $p = 0,81$ ). Однак стресові впливи, яких зазнали досліджувані протягом перших ( $p = 0,03$ ) та останніх ( $< 0,0001$ ) 8 тижнів втручання були прогнозованими, при цьому вищі показники стресу прогнозували вищі оцінки депресії після лікування. Серед основних стресових впливів, які виникали у пацієнтів до участі в дослідженні протягом 12 місяців були фінансові проблеми та міжособистісні конфлікти (59%), хвороба когось із членів сім'ї (39%). Протягом 16 тижнів втручання, 31% повідомили, що мають фінансові проблеми, 36% – міжособистісні проблеми, а 22% повідомили про фізичне захворювання як джерело стресу.

**6. Довгострокова ефективність телемедицинського втручання для пацієнтів з гострим коронарним синдромом з депресією: результати 12-місячного рандомізованого контрольованого дослідження MoodCare (Long-term efficacy of a tele-health intervention for acute coronary syndrome patients with depression: 12-month results of the MoodCare randomized controlled trial)[65]**

**Рік публікації:** 2020

**Автори:** Adrienne O’Neil, Barr Taylor, David L Hare, Kristy Sanderson, Sheila Cyril, Kamalesh Venugopal, Bianca Chan, John J Atherton, Anna Hawkes, Darren L Walters, Brian Oldenburg

**Мета:** визначити ефективність програми MoodCare у довгостроковій перспективі порівняно зі звичайною медичною допомогою при 12-місячному спостереженні

**Метод дослідження:** рандомізоване контрольоване дослідження.

**Учасники:** в дослідженні взяла участь 121 особа, відбір проводився серед пацієнтів, які поступили в результаті госпіталізації через ГКС. Для такого відбору було залучено 6 лікарень в штатах Вікторія (The Austin, St Vincent’s, Geelong and Royal Melbourne Hospitals) та Квінсленд (Royal Brisbane and Women’s and The Prince Charles Hospitals), що в Австралії. Пацієнти, які погодились на участь, в подальшому пройшли скринінг щодо наявності симптомів депресії. Критеріями включення в дослідження були: (1) клінічно діагностований гострий коронарний синдром, який включає в себе інфаркт міокарда із підйомом сегменту ST (STEMI) та із відсутністю підйому (NSTEMI) або із нестабільною стенокардією з підтвердженою ішемічною хворобою серця за результатами ангіографії, (2) вік від 21 до 85 років, (3) наявність можливості телефонного спілкування, (4) володіння англійською мовою, (5) оцінка за анкетною здоровою пацієнта (PHQ-9), яка є рекомендованим інструментом для скринінгу депресії у серцевих хворих від 5 до 19. Критеріями виключення були: (1) наявність когнітивних порушень або встановлений діагноз психічного розладу, що заважає участі у дослідженні, (2) регулярне, тривале проходження психотерапії на момент госпіталізації, (3) наявність термінальної, невиліковної хвороби.

Психометрично надійний та діючий інструмент PHQ-9 був використаний для скринінгу пацієнтів на наявність депресії, до виписки з лікарні. Пацієнтів, в яких фіксувалася позитивна відповідь на суїцидальні думки за PHQ-9 та / або тих, хто мав показник PHQ-9 більше 20–27 (що

свідчить про важку депресію), було виключено із дослідження та направлено до спеціаліста з психічного здоров'я. Завдяки стратифікованій рандомізації учасників (графік рандомізації при цьому був прихований від дослідників) розподілили за допомогою Composite International Diagnostic Interview (CIDI) з ціллю рівномірного розподілу пацієнтів (Рис.2) з великим депресивним розладом (ВДР) та без нього між обома групами.

**Хід дослідження:** втручання розпочиналося протягом 2 тижнів з моменту проходження пацієнтами першочергового скринінгу та проводилося за участі двох кваліфікованих психологів-консультантів з державного університету Монаша, Австралія. Втручання було спрямоване на подолання симптомів депресії та зниження ризику ускладнень через ІХС за допомогою дистанційної моделі консультування методом КПТ.

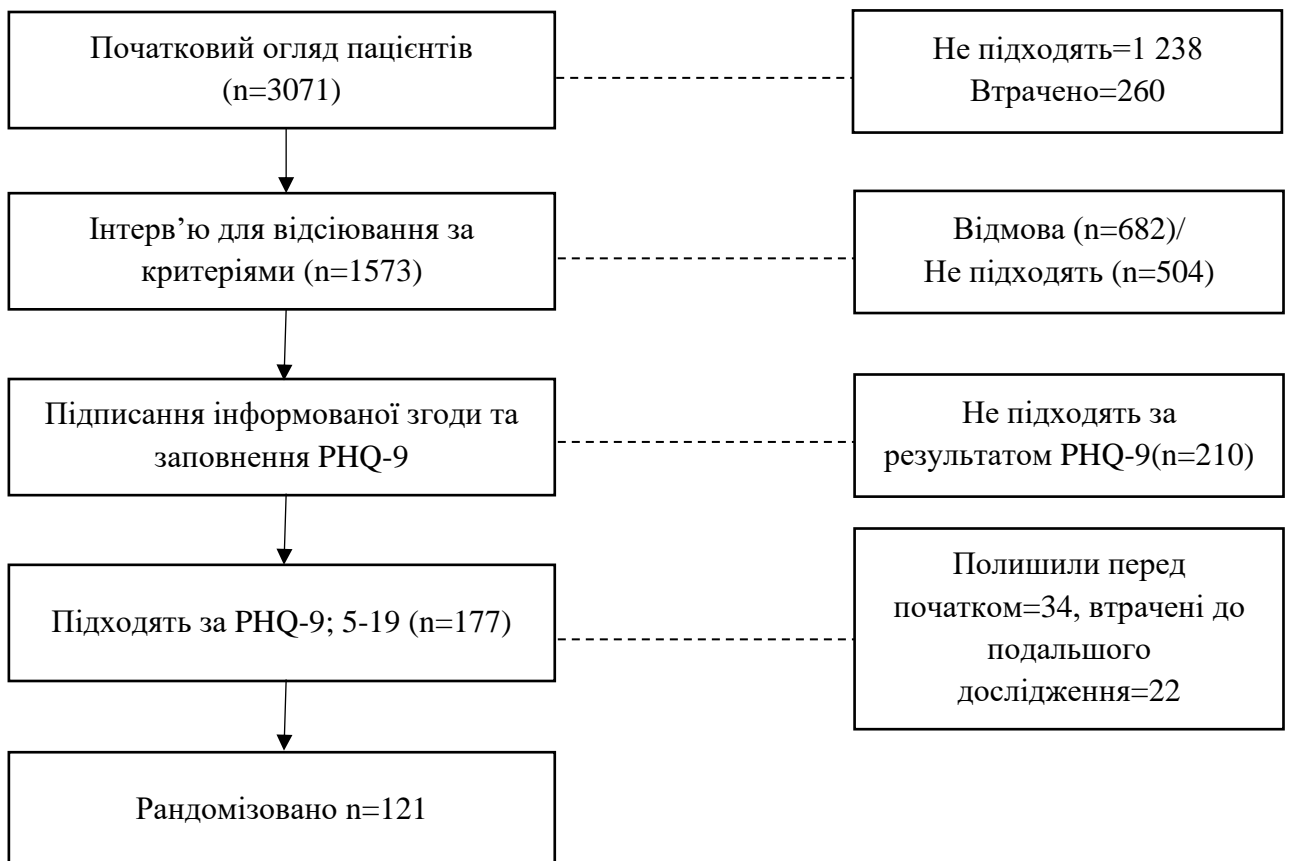


Рис.2 Блок-схема відбору учасників

Обидва психологи мали не менше двох років відповідного клінічного досвіду роботи в КПТ. Для вимірювання симптомів депресії використовували кардіологічну шкалу депресії (Cardiac Depression Scale (CDS)), опитувальник

RHQ-9 та опитувальник якості життя пов'язаної зі здоров'ям короткої форми (Health Related Quality of Life measured by the SF-12 Version 1), який дозволяв провести оцінку рівня фізичного та ментального здоров'я.

Консультанти взаємодіяли із пацієнтами через телефонний зв'язок та прагнули визначити для учасників короткотривалі та довготривалі цілі в рамках покращення психічного здоров'я і подолання факторів ризику через ІХС, а разом з тим складали відповідний план щодо їх досягнення. В ході роботи консультанти вдавалися до когнітивної реструктуризації, поведінкової активації, постановки цілей та використання методів мотиваційного інтерв'ювання.

Втручання складалося із 10 сесій тривалістю 30-40 хвилин, впродовж 6-місячного періоду, за винятком випадків коли цілі лікування були досягнуті раніше. Дослідники зазначають, що інтенсивність сесій була найбільшою протягом перших трьох місяців, коли симптоми депресії мають найбільший вплив на пацієнтів з ГКС. Дозволялося планування більш частих зустрічей із консультантом, втім це однаково обмежувалось 10 сесіями.

Кожен із учасників отримував довідник про різного роду ресурси щодо охорони здоров'я та бланки самомоніторингу. Наприклад, довідник містив бланки для запису та відстежування настрою учасника як під час, так і між сесіями із психологом, а також бланки для планування діяльності, тестування думок, інформацію про ризики ІХС. Довідник надавав психоедукаційну інформацію про різновиди та особливості лікування депресії, пояснюючи її за допомогою моделі КПТ.

**Результати:** в середньому було проведено 8 сеансів, з середньою тривалістю 48,4 хвилини, при цьому середня (загальна) тривалість взаємодії протягом періоду втручання становила 384 хвилини на одного учасника. Через 12 місяців спостерігали статистично значущі ефекти лікування для тих, у кого депресія перебувала на початковому рівні згідно із RHQ-9 (Втручання: 6.5; 95% CI: 4.9, 8.0 проти UC (звичайний догляд): 9.3; 95% CI: 7.7, 10.9,  $p = 0.012$ ). Також за показниками функціонування психічного здоров'я SF-12

(Втручання: 42.5; 95% CI: 39.8, 45.2 проти УС (звичайний догляд): 36.8; 95% CI: 34.1, 39.6,  $p=0.005$ ). Цікаво, що серед числа тих, хто перебував на звичайному догляді (контрольна група) та відповідно не мав на початку дослідження симптомів депресії, було виявлено значно нижчу депресію через 12 місяців, ніж в тих пацієнтів, що отримували втручання (УС (звичайний догляд): 64.8; 95% CI: 55.3, 74.3 в порівнянні з групою, якій надавалося втручання: 80.0; 95% CI: 70.2, 89.7). Частота вибування із дослідження становила 12% та 25% відповідно через 6 та 12 місяців. Більше 3/4 (78,5%) учасників мали депресивні симптоми на початку дослідження, а решта повідомляли про мінімальні симптоми.

**7. Якісний аналіз емоційного дистресу у серцевих пацієнтів з точки зору когнітивних поведінкових та метакогнітивних теорій: чому когнітивна поведінкова терапія може мати обмежену користь, та чи може метакогнітивна терапія бути більш ефективною?(Qualitative Analysis of Emotional Distress in Cardiac Patients From the Perspectives of Cognitive Behavioral and Metacognitive Theories: Why Might Cognitive Behavioral Therapy Have Limited Benefit, and Might Metacognitive Therapy Be More Effective?)[66]**

**Рік публікації:** 2019

**Автори:** Rebecca McPhillips, Peter Salmon, Adrian Wells, Peter Fisher

**Мета:** порівняти як моделі КПТ та МКТ концептуалізують страждання серцевих хворих, та дослідити, чому КПТ має обмежену користь для серцевих пацієнтів та чи може МКТ бути більш ефективною.

**Метод дослідження:** якісний аналіз рандомізованого контрольованого дослідження.

**Учасники:** з перших 79 пацієнтів, які погодились взяти участь у РКД, 77 погодились взяти участь у подальшому якісному дослідженні. З шістдесятьма пацієнтами, які були цілеспрямовано відібраними з різним рівнем дистресу та клінічним профілем, зв'язалися по телефону, з них 46 надали письмову інформовану згоду на якісне дослідження та взяли участь в



інтерв'ю. З перших 43 пацієнтів, які відмовились дати згоду на участь в РКД, 15 погодились на зв'язок щодо якісних співбесід, з якими зв'язалися по телефону, а 3 з них дали письмову інформовану згоду на співбесіду. Таким чином загальна кількість відібраних пацієнтів, які надали письмову згоду для участі у якісному дослідженні на основі попереднього РКД склала – 49 пацієнтів; з них 15 жінки, вік пацієнтів становив від 38 до 79 років, середнє значення 57. Критеріями включення до попереднього РКД були оцінка  $\geq 8$  за шкалою депресії та / або тривожності (HADS) та відповідності критеріям кардіологічної реабілітації (CR).

**Хід дослідження:** один із авторів дослідження (Rebecca McPhillips) проводила інтерв'ю в розмовному стилі в будинках пацієнтів (n=39), приватному кабінеті (n=7), де пацієнти отримували кардіологічну реабілітацію (n= 2), або в громадському кафе (n= 1). На початку кожного інтерв'ю Ребека пояснювала, що вона не терапевт, і запевняла пацієнтів, що їхні коментарі будуть анонімізовані до розголошення дослідницькій групі. Посібник для співбесіди з використанням відкритих питань та підказок полегшував розмову із пацієнтами; закриті питання використовувались для дослідження конкретних моментів. Тому темп, послідовність та тривалість інтерв'ю залежали від пацієнтів. Співбесіди тривали від 29 до 105 хвилин (у середньому 58 хвилин). Кожного пацієнта запитували про емоційні переживання з моменту серцевої події (наприклад, «чи можете ви сказати мені, як ви почувалися після інфаркту?»), та просили детально описати страждання, які вони пережили, включаючи зміст страждаючих думок, характер страждаючих емоцій, коли вони пережили ці думки та емоції, та те, як вони реагували на них (наприклад, «що проминає у вас у голові, коли ви відчуваєтеся пригнічено?», «що ви робите, коли вам стає сумно чи тривожно?»). Їх також запитали про розуміння причин і наслідків їхнього лиха, їхні думки та почуття щодо свого майбутнього вони мали (наприклад, «чому ви думаєте, що саме так себе відчуваєте?», «що ви думаєте про майбутнє?»).

Інтерв'ю записувалися у аудіо формат, дослівно транскрибувалися та псевдоанонімізувалися. Microsoft Word використовувався для управління даними під час аналізу. Відповідно до останніх рекомендацій, дослідники прагнули адаптувати методи до конкретних дослідницьких питань, щоб забезпечити достовірність даних та їх корисність для досягнення цілей дослідження, тому аналіз проходив в три етапи. Індуктивний аналіз спочатку дотримувався постійного порівняльного підходу, за допомогою якого дослідники виявляли спільні риси та протилежності в тому, як пацієнти описували та розуміли своє лихо. Після спільної рефлексії та обговорення, дослідники повернулися до стенограм і переглянули розповіді пацієнтів про їхні лиха з точки зору моделей КПТ та МКТ. Головним критерієм «придатності» була характеристика того, наскільки просто моделі можуть бути пов'язані з повідомленнями пацієнтів про їхні лиха. Крім того, дослідників цікавило, наскільки легко і наскільки широко кожна модель може бути застосована до різних проявів страждань пацієнтів; тобто наскільки терапевтично «дієвою» була б кожна модель в цілому. Дослідники покладались на власну інтерпретацію суб'єктивного досвіду пацієнтів; тобто вони займали позицію, яка нагадує роль терапевта, що прагне визначити аспекти розмови пацієнтів, з якими він чи вона може працювати в залежності із практикуючим підходом. Значення даних у якісному дослідженні виробляється спільно учасником та інтерв'юером чи аналітиком – так само, як і в терапії це є продуктом взаємодії терапевта та пацієнта. Дослідники наголосили на рефлексивності, тобто вони розглядали власний досвід застосування шаблону втручання КПТ чи МКТ як дані, які слід обговорити та розглянути.

Починаючи з моделі КПТ, вони зосередилися на виявленні різних НАДів, а потім класифікували когнітивні спотворення, які в них знаходили. Часто в одному і тому ж тексті можна було виявити множинні спотворення, але для спрощення подання дослідники кодували лише найпомітніші. Аналізуючи з точки зору моделі МКТ, вони зосередилися на виявленні розмов,

що демонструють стійке негативне мислення – занепокоєння чи роздуми. Коли дослідники виявляли можливі основні переконання – негативні переконання з точки зору КПТ або метакогнітивні переконання з точки зору МКТ, вони також їх кодували. Ця частина аналізу тривала ітеративно; будь-який текст, кодований як відповідний одній моделі, переглядався з альтернативної точки зору. Використовуючи дискусійний підхід, дослідники визначили та розробили конкуруючі інтерпретації та перевірили їх обґрунтованість шляхом аргументування на основі доказів серед групи. Потім дослідники цілеспрямовано відібрали чотири стенограми, що відображають різноманітність викладу та клінічний контекст страждання для детального аналізу, щоб продемонструвати розбіжності. Вони включили пацієнтів, чий дистрес був пов'язаний головним чином з їх серцевою подією, і тих, у кого дистрес був пов'язаний з іншими проблемами здоров'я.

**Результати:** індуктивний аналіз усіх стенограм інтерв'ю виявив різноманітні занепокоєння пацієнтів із серцевою подією, включаючи постійний ризик для їхнього життя та обмеження, які обумовлені зменшенням енергії чи впевненості, а також продовженням медичного лікування чи нагляду. Пацієнти також повідомляли, що часто шкодують про події свого минулого та переживають щодо нинішніх чи майбутніх проблем, не пов'язаних з їхнім фізичним здоров'ям. Коли розглядали стенограми з точки зору КПТ або МКТ, страждання пацієнтів були концептуально дуже різними. З точки зору КПТ, було виявлено відносно цілеспрямовані та чіткі розділи розмов пацієнтів, що містять НАДи і які демонструють багато когнітивних спотворень, хоча часто було важко дійти чіткого висновку, до якої категорії спотворень виділити конкретні НАДи.

Також іноді було важко вирішити, чи були конкретні негативні думки, особливо щодо серцевих захворювань, нереалістичними, оскільки об'єктивно частина з них дійсно могла би бути правдивою. Дослідники також змогли виявити негативні глибинні переконання пацієнтів про себе (наприклад, про неадекватність), про навколишній світ (інші люди вважають їх

неадекватними) та про майбутнє (наприклад, про те, що життя безглузде). З точки зору МКТ, було визначено частини розмов пацієнтів, які легко можна було зрозуміти як такі, що демонструють стійке негативне мислення (занепокоєння або роздуми), і які охоплюють багато різних НАДів та когнітивних спотворень. Також було виявлено позитивні метакогнітивні переконання пацієнтів, зокрема, що румінація допоможе їм зрозуміти, чому вони пережили серцеву подію, і що хвилювання підготує їх до майбутнього.

Отримані результати вказують на два аспекти, в яких модель КПТ може погано відповідати стражданням пацієнтів, що проходять кардіологічну реабілітацію. По-перше, пацієнти описували різноманітні НАДи та негативні переконання, охоплюючи не тільки серцеві захворювання, але й інші сфери їхнього життя, включаючи проблеми, які давно передували їх серцевому діагнозу. В контексті обмеженої у часі терапії КПТ терапевт рідко може вирішити все це для будь-якого пацієнта. Терапевтам КПТ рекомендується орієнтуватися на конкретні НАДи та негативні переконання залежно від того, наскільки вони впливають на страждання або створюють дисфункціональний вплив.

Крім того, оскільки одна негативна автоматична думка може містити більше одного когнітивного спотворення, може бути важко визначити, якою є саме основна НАД, що призводить до ризику того, що терапевт може не бути націленим на найбільш критичне спотворення. Другою причиною того, чому модель КПТ сумнівно відповідала стражданням пацієнтів, була важливість, яку вона надає виявленню та оскарженню нереальних думок та переконань. В контексті нещодавньої серцево-судинної події, що підтримує вразливість до серцевих проблем, а також в контексті супутньої інвалідності та невпевненості у завтрашньому дні, пацієнти мали багато негативних думок та переконань, які не можна було легко віднести до категорії нереалістичних. Спроба вирішити, чи є НАДи та негативні переконання реальними, особливо в контексті реальної інвалідності та малих, але потенційно смертельних ризиків

подальших серцевих подій, додає подальшої складності терапевтичному процесу.

МКТ вимагає від терапевта менше складних або довільних рішень. Не потрібно виявляти негативні думки, які є «найважливішими», або відрізнити реалістичні від нереальних. Натомість терапевт МКТ зрозумів би різноманітні проблеми хворих на ІМ як доказ єдиного процесу стійкого негативного мислення. Більше того, елементи розповідей пацієнтів, які неможливо зрозуміти з точки зору будь-якої з класичних теорій моделі КПТ, є важливими з точки зору МКТ, оскільки вони є додатковими прикладами стійкого негативного мислення. Отож когнітивно-поведінкова терапія у зв'язку з акцентом на перевірку та спростування негативних автоматичних думок, на думку дослідників не є настільки дієвою як метакогнітивна терапія, де акцент робиться більше не на думках, а на негативному мисленні в цілому.

Описова характеристика досліджень в контексті визначення їх слабких та сильних сторін:

### **1. Effectiveness of behavioral-cognitive group therapy on improvement of quality of life of patients with coronary heart disease[60]**

Дослідження було проведене шляхом квазіексперименту із використанням попереднього та подальшого тестування. Дослідження мало чітко сформувану ціль, значний опис актуальності із зверненням до історичних витоків впливу хвороби на психіку та обґрунтованістю вибору КПТ як втручання.

Методологія дослідження передбачає всю необхідну для кращого розуміння інформацію, в тому числі, зазначене місце відбору досліджуваних, кількість вибірки, чіткі критерії включення та виключення. Також є описаними протоколи згідно з якими проводилися сесії групової КПТ. Кількість сесій ймовірно є не надто значною, втім навіть 8 сесій вплинули на різницю між результатами заповненого учасниками опитувальника до та після втручання.

## **2. Sad and Worried Hearts: A Psychological Treatment for Clinically Significant Depression, Anxiety, and Post-traumatic Stress in Patients with Cardiac Disease[61]**

Дослідження було опубліковане в журналі International Journal of Clinical Cardiology. Має обґрунтовану теоретичну модель і цілий ряд категорій за якими теоретично описуються аспекти, які є дотичними до проведеного дослідження. Наявний чіткий опис гіпотез дослідження, опис методів, процедури, учасників та особливостей кожного із використаних опитувальників для діагностики. Стосовно кожної із гіпотез в подальшому наводяться отримані статистичні результати. В цілому тривалість втручання становила 20 терапевтичних сесій, а збір даних проводився на першій, дванадцятій, шістнадцятій та двадцятій сесії.

Результати статистичної обробки були наведені в таблиці за кожною із 4 використаних шкал. Дослідження також включає в себе вичерпний опис терапевтичного втручання, де за підпунктами зазначаються основні етапи та техніки КПТ: формування стосунку, когнітивна реструктуризація, поведінкова активація, техніка вирішення проблем, техніки релаксації, експозиція.

## **3. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Symptoms of Depression and Anxiety Among Patients With a Recent Myocardial Infarction: The U-CARE Heart Randomized Controlled Trial[62]**

Дослідження чіткий дизайн, де описується попередньо складений протокол та особливості організації. Є описаними критерії включення та виключення, також звертається увага на кількість клінік у кількості 25 з яких було відібрано пацієнтів. Оскільки втручання надавалося за допомогою через мережу, було створено інтернет-портал для учасників. В дослідженні присутня характеристика особливостей самої процедури дослідження, вказано основні положення та етапи. Задля надання втручання було розроблено ряд навчальних модулів за моделлю КПТ.

Щодо мінусів дослідження, які ймовірно мали вплив на результат, який показав неефективність КПТ, слід помітити, що спосіб в який надавалася

терапія складно назвати втручанням, оскільки більша частина процесу була покладена не на стосунок та терапевтичний альянс пацієнта з терапевтом, а виключно на самого пацієнта, який до того ж має відносно нещодавно перенесений інфаркт міокарда. Відповідно слід припустити, що очікувати від людей в такому постінфарктному стані певної активності та залученості у процедуру, без підкріплення та взаємодії із терапевтом не варто. Про це ймовірно говорять і отримані результати, щодо залучення, за якими 46,2% не завершили початковий вступний модуль.

#### **4. Comparison of the effect of eye movement desensitization reprocessing and cognitive behavioral therapy on anxiety in patients with myocardial infarction[63]**

В дослідженні наявна вступна частина, яка пояснює актуальність, опис методів, результатів та частина обговорення. Достовірність результатів дослідження була перевірена статистично. Втручання по обом експериментальним групам ймовірно було надано належним чином та із високою частотою зустрічей для групи КПТ, двічі на тиждень. Оскільки інфаркт міокарда для більшості учасників сприймався як більш травматична, а вже потім депресивна подія, вплив EMDR був дещо більш ефективним від КПТ.

#### **5. Clinical predictors of depression treatment outcomes in patients with coronary heart disease[64]**

Дослідження було опубліковано в журналі Journal of Psychosomatic Research і має структурований блок методів, до якого відносять процедуру відбору учасників, критерії включення та виключення, інформацію щодо використаних шкал та опитувальників, опис процедури втручання та дані статистичного аналізу. Наведені результати є підкріплені двома таблицями, які демонструють демографічні характеристики та кореляцію, середні значення зібраних результатів впливу втручання на депресію після 16 тижневого періоду лікування.

## **6. Long-term efficacy of a tele-health intervention for acute coronary syndrome patients with depression: 12-month results of the MoodCare randomized controlled trial[65]**

Дослідження описує ефективність КПТ в якості телемедицини для людей, які перенесли інфаркт міокарда та мають гострий коронарний синдром. Наявний обгрунтований вступ, методи, в тому числі інформація щодо проведення відбору учасників, вичерпно описано процедуру надання втручання. Менш деталізовано надана інформація щодо використаних шкал діагностики. Наявні структуровані таблиці результатів. В ході дослідження більший акцент надавався саме психоедукаційній роботі до того ж за допомогою телемедицини, тобто через телефонний зв'язок, відповідно пацієнти, які мали середній рівень депресії ймовірно не могли отримати достатньо ефективного втручання в рамках КПТ моделі.

## **7. Qualitative Analysis of Emotional Distress in Cardiac Patients From the Perspectives of Cognitive Behavioral and Metacognitive Theories: Why Might Cognitive Behavioral Therapy Have Limited Benefit, and Might Metacognitive Therapy Be More Effective?[66]**

Дослідження присвячене порівнянню ефективності двох втручань (КПТ та МКТ) має вступну частину, в якій пояснюється вплив депресії та тривоги на якість життя, описуються методи КПТ та МКТ. Особливості проведення дослідження описані в методах.

Процедура являла собою інтерв'ю із учасниками попередньо проведеного РКД. В ході оцінки та аналізу зібраних результатів, на основі прослуховування стенограм записаних із кожним учасником, робилися висновки щодо оцінки стану досліджуваного через призму моделей КПТ та МКТ. Обмеженість даного дослідження ймовірно може полягати в тому, що це якісне дослідження, а отже в інтерпретації результатів можливо присутня певна упередженість. Менша ефективність КПТ за результатами дослідження ймовірно пояснюється тим, що КПТ робить більший акцент на виявлення негативних автоматичних когніцій та прагне поставити їх під раціональну



оцінку з метою виявлення їх неправдивості. Разом з тим, люди, що перенесли інфаркт міокарда, якщо й мають негативні думки, то як правило такі, що не є ірраціональними, оскільки для цілком фізично здорової особи, думки про смерть вочевидь є НАДами, тоді як за наявності таких самих думок в людей після ІМ, складно говорити про їх неправдивий зміст.

## ВИСНОВКИ

В даному дослідженні було проведено аналіз особливостей застосування методів КПТ на основі двох гіпотез щодо відмінностей надання психотерапевтичної допомоги та стосовно ефективності КПТ незалежно від походження психічного недугу. Щодо першої гіпотези, слід зазначити, що з огляду на аналіз відібраних досліджень, втручання на основі КПТ немало значних відмінностей в методах та структурі, а отже притримувалося стандартів втручання при КПТ депресії чи тривоги. Втім стосовно інтенсивності такого втручання є певні розбіжності: КПТ при ІХС слугувало в більшій мірі як супровідний спосіб допомоги людям з ІХС, оскільки головною причиною виникнення депресії та тривоги для таких людей є проблеми із фізичним здоров'ям, перенесений ІМ, ІХС, ГКС, стенокардія, а отже кардіологічна реабілітація та прийом відповідних ліків є головним та необхідним втручанням. Відповідно інтенсивність та спонукання до залученості в КПТ було дещо меншим, ніж у випадках терапії за відсутності ІХС.

Друга гіпотеза виявилася правдивою і КПТ була однаково ефективною у психотерапевтичній допомозі, незалежно від походження депресії, тривоги тощо. Втручання відповідало протоколам лікування, окрім тих випадків, де КПТ пропонували в якості ознайомлення, без повноцінної роботи із терапевтом.

До особливостей застосування методів КПТ, слід ймовірно віднести дистанційний спосіб надання такої допомоги, який разом з тим втрачав у своїй

ефективності, у порівнянні із груповою чи індивідуальною, очною психотерапією.

### ***Практичне значення отриманих результатів***

Проведений системний огляд дає змогу краще зрозуміти особливості та доцільність надання психотерапевтичної допомоги людям з ІХС за допомогою методів КПТ. Оскільки ряд проаналізованих досліджень однаково вказує на ефективність КПТ, навіть при соматогенній депресії, вірогідно слід виокремити з цього клінічну користь та провести подальше емпіричне дослідження задля порівняння впливу КПТ в більшій мірі, на перебіг ССЗ в залежності від наявності чи відсутності проявів психічних розладів.

### ***Обмеження дослідження***

Дане дослідження має ряд обмежень, в першу чергу це можливість упередженого ставлення та суб'єктивність дослідника, по друге не всі відібрані дослідження є рандомізованими, окрім цього деякі дослідження мають елемент дистанційного, виключно психоедукаційного застосування КПТ, а отже складно говорити про повноцінний вплив такого втручання. Також особливості застосування не передбачали собою безпосереднього аналізу взаємозв'язку психічного стану із подальшим перебігом ІХС, загалом в кожному дослідженні йшлося про ефективність та особливості впливу на депресію чи тривогу, і аж ніяк не на симптоматику ІХС.

### ***Рекомендації щодо подальших досліджень***

З огляду на обмеженість даного дослідження, подальші дослідження ймовірно слід робити за рандомізованою моделлю та звертати увагу на взаємозв'язок між впливом психотерапевтичної допомоги на симптоматику психічних захворювань у поєднанні із змінами щодо перебігу соматичного захворювання.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Institute for Health Metrics and Evaluation Population Health Building. [Онлайн інструмент] Data Visualizations Tool, Global Burden of Disease 2019, Treemap (causes). – Режим доступу до ресурсу: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
2. Institute for Health Metrics and Evaluation Population Health Building. [Онлайн інструмент] Data Visualizations Tool, Global Burden of Disease 2019, Line (causes). – Режим доступу до ресурсу: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>[http://medstat.gov.ua/ukr/statdov\\_r.html](http://medstat.gov.ua/ukr/statdov_r.html)
3. Global Epidemiology of Ischemic Heart Disease: Results from the Global Burden of Disease Study [Електронний ресурс] // Cureus. – 2020. – Режим доступу до ресурсу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7384703/>.
4. Institute for Health Metrics and Evaluation Population Health Building. [Онлайн інструмент] Data Visualizations Tool, Global Burden of Disease 2019, Measure – DALY, Treemap. – Режим доступу до ресурсу: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
5. Institute for Health Metrics and Evaluation Population Health Building. [Онлайн інструмент] Data Visualizations Tool, Global Burden of Disease 2019, Cause – B.2.2 Ischemic heart disease, Measure DALY, Map. – Режим доступу до ресурсу: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
6. The economic burden of cardiovascular disease and hypertension in low- and middle-income countries: a systematic review [Електронний ресурс] // BMC Public Health. – 2018. – Режим доступу до ресурсу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6090747/>.
7. Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 349(9064), 1498–1504. doi:10.1016/s0140-6736(96)07492-2

8. Depression and Anxiety after Acute Myocardial Infarction Treated by Primary PCI [Электронный ресурс] // Plos One. – 2016. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4830576/>.
9. Depression is independently associated with 7-year mortality in patients treated with percutaneous coronary intervention: results from the RESEARCH registry [Электронный ресурс]. – 2013. – Режим доступа до ресурсу: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22560933/>.
10. Risk of anxiety and depressive disorders in patients with myocardial infarction [Электронный ресурс] // Medicine (Baltimore). – 2016. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5400317/#>.
11. Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality and new cardiac events: a meta-analysis [Электронный ресурс]. – 2010. – Режим доступа до ресурсу: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20410247/>.
12. Symptoms of Anxiety and Depression Are Correlates of Angina Pectoris by Recent History and an Ischemia-Positive Treadmill Test in Patients with Documented Coronary Artery Disease in the Pimi Study [Электронный ресурс] // Cardiovasc Psychiatry Neurol. – 2011. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3226294/>.
13. Depressive Symptoms and Complications Early after Acute Myocardial Infarction: Gender Differences [Электронный ресурс] // Open Nurs J.. – 2018. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6198415/>.
14. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses [Электронный ресурс] // Cognit Ther Res.. – 2012. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3584580/>.
15. Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavioral Therapy vs Standard Treatment to Prevent Recurrent Cardiovascular Events in Patients With Coronary Heart Disease [Электронный ресурс]. – 2011. – Режим доступа до ресурсу: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/226464>.

16. Leventhal H., Benyamini Y., Brownlee S., Diefenbach M., Leventhal E. A., Patrick-Miller L., Robitaille C. Illness representations: Theoretical foundations. Perceptions of health and illness, K. J. Petrie, J. Weinman. Harwood Academic Press, Amsterdam 1997; 19–46
17. Schomerus G., Matchinger H., Angermeyer M. C. Public beliefs about the causes of mental disorder revisited. *Psychiatric Research* 2006; 144: 233–236
18. Lauber C., Nordt C., Rossler W. Recommendations of mental health professionals and the general population on how to treat mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005; 40: 835–843
19. Lauber C., Nordt C., Falcató L., Rossler W. Do people recognise mental illness? Factors influencing mental health literacy. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2003; 253: 248–251
20. A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. Broadbent E, Wilkes C, Koschwanez H, Weinman J, Norton S, Petrie KJ *Psychol Health*. 2015; 30(11):1361-85.
21. Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics? Weinman J, Petrie KJ *J Psychosom Res*. 1997 Feb; 42(2):113-6.
22. Нагаев, В.В. Основы клинической психологии: учеб. пособие для студентов вузов / В.В. Нагаев, Л.А. Жолковская. — М. : ЮНИТИ-ДАНА: Закон и право, 2017. — 463 с. - ISBN 978-5-238-01156-1.
23. Chronic Illness and Mental Health: Recognizing and Treating Depression [Электронный ресурс] // NIMH – Режим доступа до ресурсу: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/chronic-illness-mental-health/>.
24. The Mental Health Comorbidities of Diabetes [Электронный ресурс] // JAMA. – 2014. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4439400/>.
25. Types of Eating Disorders [Электронный ресурс] // American diabetes association – Режим доступа до ресурсу: <https://www.diabetes.org/healthy-living/mental-health/eating-disorders>.

26. Fisher, L., Polonsky, W. H., Hessler, D. M., Masharani, U., Blumer, I., Peters, A. L., ... Bowyer, V. (2015). Understanding the sources of diabetes distress in adults with type 1 diabetes. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 29(4), 572–577. doi:10.1016/j.jdiacomp.2015.01.012
27. Diabetes and Depression [Электронный ресурс]. – 2014. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4476048/>.
28. Hare DL. Thompson PL. Depression and coronary heart disease, *Coronary Care Manual*, 2011(pg. 641-645) Churchill Livingstone
29. P.A. Kurdyak et al., “The Relationship between Depressive Symptoms, Health Service Consumption, and Prognosis after Acute Myocardial Infarction: A Prospective Cohort Study,” *BMC Health Services Research* 8: 200 (published online September 30, 2008), [www.biomedcentral.com](http://www.biomedcentral.com).
30. M. May et al., “Does Psychological Distress Predict the Risk of Ischemic Stroke and Transient Ischemic Attack? The Caerphilly Study,” *Stroke* 33, no. 1 (2002): 7-12.
31. S. Himelhoch et al., “Prevalence of Chronic Obstructive Pulmonary Disease among Those with Serious Mental Illness,” *American Journal of Psychiatry* 161, no. 12 (2004): 2317-2319.
32. R.S. McIntyre et al., “Medical Comorbidity in Bipolar Disorder: Implications for Functional Outcomes and Health Service Utilization,” *Psychiatric Services* 57, no. 8 (2006): 1140-1144.
33. The intriguing relationship between coronary heart disease and mental disorders [Электронный ресурс]. – 2018. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6016051/>.
34. Prospective examination of anxiety persistence and its relationship to cardiac symptoms and recurrent cardiac events. Grace SL, Abbey SE, Irvine J, Shnek ZM, Stewart DE *Psychother Psychosom.* 2004 Nov-Dec; 73(6):344-52.
35. Prevalence and Measurement of Anxiety in Samples of Patients With Heart Failure: Meta-analysis. Easton K, Coventry P, Lovell K, Carter LA, Deaton C J *Cardiovasc Nurs.* 2016 Jul-Aug; 31(4):367-79.

36. Cardiac-disease-induced PTSD (CDI-PTSD): A systematic review. Vilchinsky N, Ginzburg K, Fait K, Foa EB *Clin Psychol Rev.* 2017 Jul; 55():92-106.
37. Post-Traumatic Stress Disorder among Cardiac Patients: Prevalence, Risk Factors, and Considerations for Assessment and Treatment [Электронный ресурс] // *Behav Sci (Basel)*. – 2015. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4384060/>.
38. J. Maurer et al., “Anxiety and Depression in COPD: Current Understanding, Unanswered Questions, and Research Needs,” *Chest* 134, no. 4, supplement (2008): 43S-56S.
39. R.D. Goodwin, F. Jacobi and W. Thefeld. “Mental Disorders and Asthma in the Community,” *Archives of General Psychiatry* 60 no. 11 (2003): 1125-1130.
40. Cancer patients left to cope with mental health problems alone [Электронный ресурс] // *Mental Health Foundation* – Режим доступа до ресурсу: <https://www.mentalhealth.org.uk/news/cancer-patients-left-cope-mental-health-problems-alone>.
41. Depression and cancer mortality: a meta-analysis. Piquart M, Duberstein PR *Psychol Med.* 2010 Nov; 40(11):1797-810.
42. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. Satin JR, Linden W, Phillips MJ *Cancer.* 2009 Nov 15; 115(22):5349-61.
43. The Arthritis-Mental Health Connection [Электронный ресурс] // *Centers for disease control and prevention* – Режим доступа до ресурсу: <https://www.cdc.gov/arthritis/communications/features/arthritis-mental-health.htm>.
44. Improving recognition of anxiety and depression in rheumatoid arthritis: a qualitative study in a community clinic [Электронный ресурс]. – 2017. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5519124/>.
45. Undertaking Systematic Reviews of Research on Effectiveness. CRD’s Guidance for those Carrying Out or Commissioning Reviews. CRD Report

- Number 4 (2nd Edition). NHS Centre for Reviews and Dissemination, University of York. March 2001.
46. Wong, S. S-L., Wilczynski, N. L., & Haynes, R. B. (2004). Developing optimal search strategies for detecting clinically relevant qualitative studies in Medline. In M. Fieschi, E. Coiera, & Y-C. J. Li (Eds.), *MedInfo 2004: Proceedings of the World Congress on Medical Informatics: Part 1* (Vol. 107, pp. 311-314).
  47. Hoffmann, T., Bennett, S., & Mar, C. (2013). *Evidence-based practice across the health professions* (2nd ed). Elsevier Australia.
  48. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses [Електронний ресурс] // *Cognit Ther Res.* – 2012. – Режим доступу до ресурсу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3584580/>.
  49. American Psychiatric Association. Treatment of patients with major depressive disorder. American Psychiatric Association Practice Guidelines. 3rd ed. 2010.
  50. Whalley B, Rees K, Davies P, et al. Psychological interventions for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(8):CD002902.
  51. What is Cognitive Behavioral Therapy? [Електронний ресурс] // American Psychological Association. – 2017. – Режим доступу до ресурсу: <https://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/cognitive-behavioral>.
  52. Синопис діагностичних критеріїв DSM-V та протоколів NICE для діагностики та лікування основних психічних розладів у дітей та підлітків / перекл. з англійської; упор. та наук. ред. Леся Підлісецька. (Серія «Психологія. Психіатрія. Психотерапія»). Львів: Видавництво Українського католицького університету, 2014. 112 с.
  53. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Boston: International University Press; 1976.
  54. Scher CD, Segal ZV, Ingram RE. Beck's theory of depression: origins, empirical status, and future directions for cognitive vulnerability. In: Leahy RL, editor. *Contemporary cognitive therapy: theory, research, and practice*. New York: Guilford Press; 2006.



55. Rupke SJ, Blecke D, Renfrow M. Cognitive therapy for depression. *Am Fam Phys.* 2006;73(1):83-6.
56. Beck JS. *Cognitive therapy: basics and beyond.* New York: Guilford Press; 1995.
57. Lewinsohn PM. A behavioral approach to depression. In: Friedman RM, Katz MM, editors. *The psychology of depression. Contemporary theory and research.* Washington, DC: Winston-Wiley; 1974.
58. Therapy for Anxiety Disorders [Электронный ресурс] // Help Guide – Режим доступа до ресурсу: <https://www.helpguide.org/articles/anxiety/therapy-for-anxiety-disorders.htm>.
59. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence [Электронный ресурс] // *Dialogues Clin Neurosci.* – 2015. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4610618/>.
60. Effectiveness of behavioral-cognitive group therapy on improvement of quality of life of patients with coronary heart disease [Электронный ресурс] // *J Med Life.* – 2015. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5319266/>.
61. Sad and Worried Hearts: A Psychological Treatment for Clinically Significant Depression, Anxiety, and Post-traumatic Stress in Patients with Cardiac Disease [Электронный ресурс] // *International Journal of Clinical Cardiology.* – 2015. – Режим доступа до ресурсу: <https://clinmedjournals.org/articles/ijcc/ijcc-2-037.pdf>.
62. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Symptoms of Depression and Anxiety Among Patients With a Recent Myocardial Infarction: The U-CARE Heart Randomized Controlled Trial [Электронный ресурс] // *Journal of Medical Internet Research.* – 2018. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.jmir.org/2018/3/e88>.

63. Zeighami, R., Behnammoghadam, M., Moradi, M., & Bashti, S. (2018). Comparison of the effect of eye movement desensitization reprocessing and cognitive behavioral therapy on anxiety in patients with myocardial infarction. *The European Journal of Psychiatry*, 32(2), 72–76. doi:10.1016/j.ejpsy.2017.09.001
64. Carney, R. M., Freedland, K. E., Steinmeyer, B. C., Rubin, E. H., & Rich, M. W. (2016). Clinical predictors of depression treatment outcomes in patients with coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 88, 36–41. doi:10.1016/j.jpsychores.2016.07.011
65. Long-term efficacy of a tele-health intervention for acute coronary syndrome patients with depression: 12-month results of the MoodCare randomized controlled trial [Электронный ресурс] // *European Journal of Preventive Cardiology*. – 2015. – Режим доступа до ресурсу: <https://academic.oup.com/eurjpc/article/22/9/1111/5927048?login=true>.
66. Qualitative Analysis of Emotional Distress in Cardiac Patients From the Perspectives of Cognitive Behavioral and Metacognitive Theories: Why Might Cognitive Behavioral Therapy Have Limited Benefit, and Might Metacognitive Therapy Be More Effective? [Электронный ресурс] // *Frontiers in Psychology*. – 2019. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.02288/full#h3>.

## Додаток А

№	Назва, рік	Втручан ня	Дизай н	К- ть У- кі в	Вік/середн ій вік	Результат
1	<i>Effectiveness of behavioral-cognitive group therapy on improvement of quality of life of patients with coronary heart disease,</i>	КІПТ	КЕД	40	20-45	Тренінг когнітивно-поведінкової групової терапії призвів до поліпшення фізичного, емоційного та соціального функціонування
2	<i>(Sad and Worried Hearts: A Psychological Treatment for Clinically Significant Depression, Anxiety, and</i>	КІПТ	НКД	27	35-85	Зниження показників тривоги, депресії, посттравматичного стресу

	<i>Post-traumatic Stress in Patients with Cardiac Disease, 2015</i>					
3	<b>Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Symptoms of Depression and Anxiety Among Patients With a Recent Myocardial Infarction: The U-CARE Heart Randomized Controlled Trial, 2018</b>	КІПТ	РКД	23 9	59,6	Жодного ефекту від втручання не було виявлено

4	<b>Comparison of the effect of eye movement desensitization reprocessing and cognitive behavioral therapy on anxiety in patients with myocardial infarction, 2017</b>	КІТ, EMDR	РКД	90	33-60/47,6	Порівняння впливу ефекту EMDR та КІТ показало, що EMDR знижує середнє значення тривожності більшою мірою порівняно з КІТ (P <0,001).
5	<b>Clinical predictors of depression treatment outcomes in patients with coronary heart disease, 2016</b>	КІТ	НКД	15 7	59,9	52% пацієнтів досягли ремісії депресії (HAM-D ≤ 7) до кінця лікування.

6	<p><b>Long-term efficacy of a tele-health intervention for acute coronary syndrome patients with depression: 12-month results of the MoodCare randomized controlled trial, 2020</b></p>	КІПТ	РКД	12 1	21-85	<p>Через 12 місяців спостерігали статистично значущі ефекти лікування для тих, у кого депресія перебувала на початковому рівні, серед числа тих, хто перебував на звичайному догляді (контрольна група) та відповідно не мав на початку дослідження симптомів депресії, було виявлено значно нижчу депресію через 12 місяців, ніж в тих пацієнтів, що отримували втручання.</p>
---	---	------	-----	---------	-------	---

7	<b>Qualitative Analysis of Emotional Distress in Cardiac Patients From the Perspectives of Cognitive Behavioral and Metacognitive Theories: Why Might Cognitive Behavioral Therapy Have Limited Benefit, and Might Metacognitive Therapy Be More Effective?</b> <b>2019</b>	КІПТ, МКТ	Якісний аналіз РКД	49	38-79/57	КІПТ у зв'язку з акцентом на перевірку та спростування негативних автоматичних думок, на думку дослідників не є настільки дієвою як МКТ, де акцент робиться більше не на думках, а на негативному мисленні в цілому.
---	--	-----------	--------------------	----	----------	--